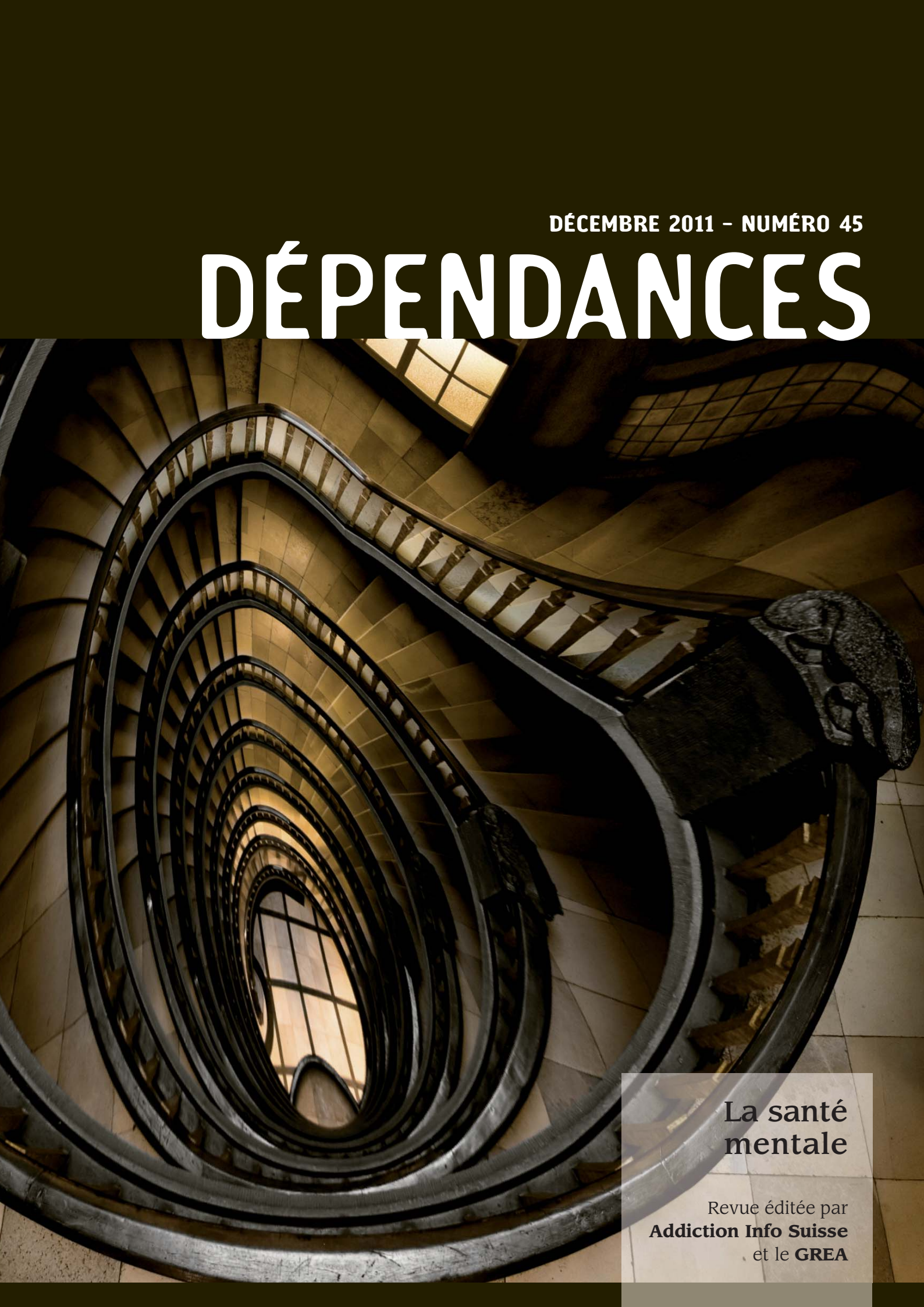




DÉCEMBRE 2011 - NUMÉRO 45

DÉPENDANCES

La santé
mentale

Revue éditée par
Addiction Info Suisse
et le **GREa**

SOMMAIRE

Santé mentale

Éditorial <i>Corine Kibora et Jean-Félix Savary</i>	p. 1
Addictions: le rôle de la psychiatrie <i>Jacques Besson</i>	p. 2
La perception émotionnelle du social et ses impasses <i>Isabelle Girod</i>	p. 6
Des pairs aidants dans le domaine de la santé mentale en Suisse romande ? <i>Esther Hartmann et Barbara Broers</i>	p. 10
Usagers de drogues et psychiatrie: légitime défiance <i>Fabrice Olivet</i>	p. 12
Action communautaire et santé mentale <i>Christel Richoz, Mirta Kuhn Zolecio et Cédric Fazan</i>	p. 14
Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! <i>Henri-Jean Aubin</i>	p. 18
Un regard anthropologique sur la psychiatrie <i>Franceline James</i>	p. 20
Le travail social est-il outillé pour gérer les questions de santé mentale ? <i>Dominique Quiroga-Schmider</i>	p. 23
Tests de dépistage de drogues dans les écoles et les entreprises <i>Maude Waelchli et Olivier Simon</i>	p. 26

ÉDITORIAL

Le champ de la santé mentale n'a cessé de s'étendre ces dernières décennies. Auparavant centrée sur les pathologies lourdes, la psychiatrie a petit à petit investi un nombre important de comportements qui ont une composante sociale. La violence, la mélancolie, la timidité, l'activité sexuelle voire même le deuil ou la vieillesse ont progressivement trouvé une explication biochimique, où le médicament et la médecine occupent une place désormais prépondérante dans la réponse à apporter. Les addictions connaissent aussi cette évolution. Avec l'entrée de la dépendance dans le DSM et la CIM, de nouvelles perspectives se sont ouvertes. Cette tendance semble d'ailleurs se renforcer avec l'apparition de nouvelles catégories consacrées à notre domaine dans la cinquième édition du manuel de la psychiatrie américaine. Dans l'univers des addictions cependant, cette évolution est nettement moins controversée que dans d'autres domaines, tant les apports semblent ici plus évidents.

Serait-ce à dire que l'addiction est une maladie mentale ? L'addiction, vue d'abord comme un problème moral, a progressivement été considérée comme une maladie, permettant de nombreuses avancées significatives. Un saut a cependant été franchi récemment: l'addiction serait une maladie (et non «devrait être considérée comme»). Deviendra-t-elle bientôt une «maladie mentale» ? Pas forcément. Ce qui est certain cependant, c'est que notre champ se réorganise. Sur le terrain, des situations de plus en plus complexes demandent des compétences accrues en santé mentale. Les besoins en termes de réseau augmentent également.

Sommes-nous face à une surenchère ? Après les années DSM III, puis IV, où ce manuel a permis de mieux cerner les questions de santé mentale, on se trouve aujourd'hui à un tournant. En effet, face à l'inflation des nouvelles maladies mentales prévues dans la prochaine version du manuel, les critiques se renouvellent. Les accusations de collusions avec l'industrie pharmaceutique et d'usine à maladies prennent de l'ampleur. Par ailleurs, une certaine vision biologique de la santé mentale, qualifiée de «néo-kraepelinienne», ne passe plus dans une société qui produit aujourd'hui autant de souffrance. «Nous vivons une époque où le discours normatif, après avoir été porté par la morale ou la religion, l'est largement par la médecine. Or le DSM, dont la démarche est beaucoup moins scientifique qu'elle n'en a l'air, produit une norme qui est celle de la société américaine. Les pétitionnaires ont le mérite de rappeler ce qu'il feint d'oublier, que la souffrance psychique est inséparable de l'état de la société.»*

Ce numéro explore ces deux dimensions: la santé mentale comme nouveau paradigme de travail dans les addictions et les enjeux posés pour les professionnels. Parallèlement, il donne aussi la parole aux voix critiques qui dénoncent un renforcement d'une normalisation sociale déguisée par ce biais.

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

*Bertrand Kiefer, cité dans l'article *Feu contre «le nouvel ordre mental»* d'Anna Lietti paru dans le Temps, 11.11.2011.

ADDICTIONS: LE RÔLE DE LA PSYCHIATRIE

Prof. Jacques Besson, chef du Service de psychiatrie communautaire DP-CHUV, Président du Conseil scientifique de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM), Lausanne

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé a publié son rapport sur la santé dans le monde sur le thème de la «santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs». Le rapport partait du constat de l'importance des troubles psychiques en termes de santé publique, de la négligence dont ils sont victimes en général dans le monde, produisant stigmatisation et discrimination. L'OMS a énoncé dix directives pour inspirer les politiques publiques, mettant l'accent sur l'action communautaire, l'accessibilité aux soins et la nécessaire interdisciplinarité à l'échelle de la société tout entière (1). Ces directives ont été entendues, tant au niveau européen qu'au niveau suisse, et ont abouti à différents plans de santé mentale, comme récemment dans le canton de Vaud (2). Les institutions psychiatriques ont dû trouver leur rôle dans ces dispositifs et définir leurs relations avec les partenaires non spécialisés, dans une réflexion sur les filières de soins impliquant chacun, depuis la population générale jusqu'aux acteurs les plus académiques, en passant par tous les étages des dispositifs «santé-social».

PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE

Pendant longtemps, les problèmes d'alcool et de drogues n'ont pas intéressé les médecins, qui y voyaient avant tout des problèmes sociaux qui les confrontaient souvent à leur impuissance. Les institutions psychiatriques géraient surtout les crises et les urgences. La situation a changé avec l'apparition de l'épidémie du SIDA et avec l'essor des neurosciences. Les concepts d'alcoologie dans les années '90, puis d'addictologie dans les années 2000 ont donné un statut scientifique et interdisciplinaire au champ des addictions. En fonction des contextes régionaux on a assisté, et on assiste encore, à une dialectique du rapprochement et de l'éloignement entre les acteurs de la psychiatrie et de ceux des addictions. Il faut dire que la complexité est grande dans les deux champs.

LES PSYCHIATRIES

Du côté de la psychiatrie, trois grands champs sont émergents: la psychiatrie biologique, tout empreinte de l'essor des neurosciences, même si la psychopharmacologie reste à l'arrière au niveau de nouveaux développements applicables en clinique; la psychiatrie psychothérapeutique, centrée sur l'individu, héritière des grandes écoles de pensée, comme la psychanalyse, l'approche systémique ou les thérapies cognitives et comportementales, en passant par les approches centrées sur la personne ou des thérapies plus récentes comme l'EMDR (3) (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); enfin, la psychiatrie sociale et communautaire, préoccupée des relations entre l'individu, la communauté et la société, avec des dispositifs permettant d'accéder aux populations vulnérables dans leur milieu par des équipes de mobilité et de liaison.

LE SPECTRE DES TROUBLES ADDICTIFS

De son côté, l'addictologie est devenue de plus en plus inclusive, dans un continuum allant des drogues illégales aux comportements liés aux nouveaux médias électroniques, dans un déplacement du discours sur les substances passant aux caractéristiques des personnes vulnérables, tant en termes biologiques, que psychologiques ou sociaux. Ainsi apparaît une famille de troubles d'apparence hétérogène, où sont visibles des facteurs communs, issus de la génétique, de l'histoire individuelle ou du contexte socioculturel, que l'on pourrait qualifier de «troubles du spectre addictif», un peu sur le modèle du spectre autistique (TSA) ou du spectre schizophrénique.

LA GALAXIE DES NEUROSCIENCES

Fondées sur les nouvelles technologies que sont la biologie moléculaire et l'imagerie cérébrale fonctionnelle, les neurosciences constituent un corpus de sciences reliées par leur préfixe, allant de la génétique aux sciences sociales en passant par des approches cliniques ciblées sur les comportements. On assiste tout autant à l'essor des neurosciences fondamentales en laboratoire qu'aux neurosciences cliniques, dans les hôpitaux et les consultations. Il y aussi cette catégorie porteuse d'espoir et d'innovation que sont les neurosciences translationnelles: on entend par là le champ expérimental reliant les modèles animaux à la clinique, et réciproquement.

Dans ce continuum, la psychiatrie doit se situer entre sciences naturelles et sciences humaines, à sa juste place qu'est la clinique.

LE MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL AUJOURD'HUI

Le modèle bio-psycho-social est-il d'actualité aujourd'hui ? Toujours au risque d'une juxtaposition des savoirs, le modèle proposé par Engels a tout à fait bien survécu. Face à la complexité des problèmes de nos sociétés contemporaines, les approches linéaires et spécialisées n'ont aucune chance d'avoir raison seules, et force est de constater qu'il n'y a que les approches interdisciplinaires pour créer l'intelligence collective nécessaire pour aborder la complexité de thématiques telles que l'addiction. Dès lors, le modèle bio-psycho-social peut rendre de grands services pour soutenir au plan théorique la nécessaire interdisciplinarité dans le champ pratique. On peut évoquer, ici, la réflexion anthropologique d'Edgar Morin quand il mentionne dans les «savoirs pour l'éducation du futur» (4) la représentation de l'esprit dans une boucle qu'il qualifie de «boucle cerveau-esprit-culture». L'esprit est ainsi compris entre le corps et la communauté.

AU-DELÀ DES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

La cooccurrence des troubles mentaux et de troubles addictifs est très élevée, que ce soit de manière primaire ou secondaire, et ce fait est dorénavant bien établi scientifiquement. Toutefois, on ne saurait réduire la dimension psychiatrique des addictions à celle des comorbidités. En effet, «un plus un n'égale pas deux», car la coévolution d'un trouble mental et d'un trouble addictif ne se résume pas à leur juxtaposition, mais bien au contraire ajoute un niveau de complexité supplémentaire. Ceci peut être lié à la complexification au fil des années, mais aussi à des facteurs de vulnérabilité communs sous-jacents, notamment autour des troubles anxieux. De plus, apparaissent ces dernières années des travaux scientifiques qui montrent l'existence d'une psychopathologie spécifique, propre à l'addiction.

... des travaux [...] montrent l'existence d'une psychopathologie spécifique, propre à l'addiction.

UNE PATHOLOGIE DE LA PLASTICITÉ ?

En effet, les neurosciences cognitives s'intéressent toujours de plus près au système cérébral de la prise de décision. Par ailleurs, nos connaissances sur la plasticité cérébrale s'élargissent de plus en plus, mettant en évidence les capacités du cerveau d'automatiser des procédures acquises après un apprentissage. Dès lors, on peut considérer aujourd'hui l'addiction comme une pathologie de la mémoire, où se jouent des vulnérabilités individuelles dans le système de prise de décision, dans une interaction gènes-environnement (5).

LA QUESTION DU TRAUMATISME

Une excellente illustration de ce qui précède concerne la psychotraumatologie. En effet, de plus en plus d'évidence scientifique s'accumule pour montrer que les traumatismes et les stress précoces ont un impact très important sur la santé physique et mentale ultérieurement. Des auteurs récents parlent à juste titre d'épidémie cachée (6). Car, si on les cherche, on trouve des antécédents traumatiques dans les addictions dans plus de 50% des cas, certaines études allant jusqu'à 80%. Abus sexuels, violences intrafamiliales, carences et négligences graves forment un apprentissage et des mémoires implicites qui vont sérieusement handicaper le jeune adulte en termes de troubles anxieux et adaptatifs. Il ne s'agit pas seulement de l'état de stress post-traumatique, mais aussi de stress et de traumatismes tout au long de l'enfance et de l'adolescence. D'ailleurs, la future édition de la classification américaine de psychiatrie, le DSM V, a déjà retenu la nouvelle catégorie de «Developmental Trauma Disorder (DTD)». De plus, ces données cliniques sont corroborées par des études translationnelles sur le modèle «Stress et addiction», tant chez l'animal que chez l'homme en imagerie cérébrale fonctionnelle. En effet, dans le cortex préfrontal, ce sont les mêmes régions qui traitent l'augmentation de la peur et de l'envie de consommer des drogues (cortex préfrontal supérieur) ainsi que la réduction de cette peur et de cette envie de consommer (cortex préfrontal inférieur). Dès lors, ces études doivent permettre de développer des thérapies innovantes tant au niveau pharmacologique que psychothérapeutique. D'ores et déjà l'EMDR a fait ses preuves dans la désautomatisation des états de stress post-traumatiques. Des études préliminaires dans les situations de stress et addiction semblent prometteuses (7).

LA DIMENSION DU RÉTABLISSEMENT

Au-delà des pharmacothérapies et des psychothérapies, la psychiatrie communautaire essaie de penser les rapports entre psychopathologie et communauté, dans une logique du rétablissement. En un siècle, la psychiatrie a évolué de l'asile à la communauté, en passant par la désinstitutionalisation. La logique a passé de la protection à la réhabilitation pour aboutir au rétablissement, où le patient actualise ses compétences par des connexions avec le milieu ouvert; il est devenu le moteur de son traitement, dans un esprit motivationnel et d'«empowerment». Dans cette approche, on tient compte de la maladie, mais surtout de ses conséquences en termes de déficiences, d'incapacités et de désavantages. Dès lors, les traitements (dans une logique médicale) doivent être suivis d'apprentissages (logique de réhabilitation) puis de connexions et d'empowerment (logique du rétablissement).

LE TRAITEMENT ORIENTÉ EN PHASES

Une nouvelle approche clinique intégrant toutes les dimensions mentionnées ci-dessus a été élaborée sur la Côte Est des États-Unis (6): il s'agit du «Phase oriented treatment». Ce traitement tient compte des handicaps psychosociaux souvent sévères des populations traumatisées, mais recouverts par des symptômes stigmatisants comme l'addiction. L'idée est d'intégrer les connaissances neurobiologiques sur le traumatisme au processus de soins visant le rétablissement. Les phases sont au nombre de quatre:

- **Phase d'alliance:** correspond à tout ce qui peut être fait pour permettre au patient d'accéder au traitement. En Europe et en Suisse, il s'agit avant tout de nos activités dans les dispositifs à seuil bas et adapté, dans une approche motivationnelle et de réduction des risques, où les soins somatiques jouent un rôle important.
- **Phase de stabilisation:** en addictologie, la principale ressource de stabilisation consiste en des traitements de substitution (avec de la méthadone principalement, mais aussi avec des benzodiazépines). Pour stabiliser les aspects liés au stress et aux troubles anxieux consécutifs, il est souvent utile de recourir aux traitements antidépresseurs, comme une «couche de fond» préventive et d'accompagnement de la symptomatologie post-traumatique. Bien entendu, le soutien psychosocial et interdisciplinaire accompagne également le processus de stabilisation et vise à sécuriser le patient dans son environnement.
- **Phase d'intégration:** Une fois sécurisé et stabilisé dans l'alliance, le patient peut s'arrêter et reprendre son souffle, de manière réflexive. C'est le temps de l'intégration du parcours de vie, où la psychothérapie peut jouer un rôle important, quelle que soit sa forme et son obédience. Toutefois, pour les situations d'état de stress post-traumatiques, les spécificités des différentes approches doivent être considérées. Pour les patients n'accédant pas à une indication à la psychothérapie, le travail psychiatrique intégré dans l'approche interdisciplinaire peut aussi favoriser une évolution vers le rétablissement.
- **Phase de reconnexion:** C'est le temps du retour vers la communauté, de la (re)construction d'un réseau social, occupationnel ou professionnel (dans le meilleur des cas). Le rôle des équipes socioéducatives est ici déterminant, dans une logique du rétablissement.

Ce modèle du traitement orienté en phases (TOP) a été adopté par le Service de psychiatrie communautaire du CHUV et se prêtera à des recherches cliniques et neuroscientifiques.

UNE CLINIQUE DU LIEN ET DU SENS

Finalement, on ne saurait occulter la dimension existentielle des addictions. Le rôle de la spiritualité est maintenant bien établi scientifiquement (8) tant pour son rôle préventif que dans le rétablissement. A l'instar des Alcooliques anonymes et des Narcotiques Anonymes, les approches spirituelles s'inscrivent dans la «boucle cerveau-esprit-culture» et restaurent du lien et du sens pour les patients naufragés de la communauté. Ici encore, l'imagerie cérébrale fonctionnelle apporte sa contribution scientifique en montrant l'efficacité de telles approches, notamment pour la pleine conscience (mindfulness).

Les rapports entre psychiatrie et religion ont été longtemps occultés, mais ils reviennent en force dans une nécessaire interface pour le rétablissement de nos patients. L'addiction, de ce point de vue, peut aussi être comprise comme une pathologie du lien et du sens.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Ainsi face à la question initiale: Quel est le rôle de la psychiatrie dans les addictions ? Nous espérons avoir donné quelques éléments de réponse utiles aux intervenants de terrain:

- La question de la santé mentale et des addictions est l'affaire de chacun dans la communauté, la psychiatrie n'est qu'un des acteurs interdisciplinaires.
- De même que la psychiatrie est plurielle, de même les addictions se conjuguent dans un spectre de troubles addictifs.
- Le socle scientifique de nos interventions en addictologie s'élargit toujours plus grâce aux neurosciences bien comprises, dans le modèle bio-psycho-social élargi à la boucle cerveau-esprit-culture.
- Au-delà des comorbidités psychiatriques, il existe une psychopathologie spécifique des addictions, liée notamment à la question de la plasticité neuronale et des mémoires implicites et automatisées.
- La dimension psychotraumatologique joue un rôle central et caché dans la genèse des addictions et doit être prise en compte dans l'organisation du processus de soins. Des thérapies innovantes doivent en découler.
- Au-delà de la psychiatrie, l'addiction est un défi pour notre civilisation en termes de questionnement sur les liens et le sens de nos communautés.

Références:

(1) OMS: Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs.
www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf

(2) canton de Vaud: Politique de santé mentale, Plan d'actions 2007-2012.
www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT_vdef_o8.pdf

(3) Shapiro F, Vogelmann-Sine S, Sine LF. Eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma and substance abuse. J. Psychoactive Drugs. 1994;26: 379-91

(4) Morin E. Les sept savoirs nécessaires pour l'éducation du futur. Seuil. UNESCO 1999

(5) Redish AD, Jensen S, Johnson A. A unified framework for addiction: vulnerabilities in the decision process. Behavioral and Brain Sciences: 2008; 31:415-487

(6) Lanius RA, Vermetten E, Pain C. The Impact of early life trauma on health and disease; the hidden epidemic. Cambridge Medicine 2010

(7) Hase M. CravEx: An EMDR approach to treat substance use and addiction. In Luber M, editor. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: special populations. New York: Springer Publishing. 2010

(8) Miller W. Spirituality and addiction.
<http://casaa.unm.edu/download/spiritualitybib.pdf>

Courriel:

jacques.besson@chuv.ch

Evénement

Hes·so
 Haute Ecole Spécialisée
 de Suisse occidentale
 Fachhochschule Westschweiz

La Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne et la Haute école de travail social de Genève organisent le

8^e COLLOQUE FRANCOPHONE EN TRAVAIL SOCIAL ET APPROCHE SYSTÉMIQUE

16 et 17 février 2012 à Lausanne

J'ai fait un rêve

...

Entre éthiques et utopies,
 perspectives systémiques dans
 le travail social

Descriptif complet du colloque et bulletin
 d'inscription : www.eesp.ch/ufc

éesp

école d'études sociales et pédagogiques - Lausanne
 haute école de travail social et de la santé - Vaud

h e t s
 Haute école de travail social
 Genève

LA PERCEPTION ÉMOTIONNELLE DU SOCIAL ET SES IMPASSES

Isabelle Girod, anthropologue et responsable de formation au GREA, Yverdon-les-Bains

L'objectif visé dans cet article est double: comprendre quels sont les processus sociaux qui ont amené, depuis les années 90, l'émergence de la souffrance dans le discours social et de l'écoute comme action sociale et en voir les impasses. En effet, lorsque les problèmes économiques et politiques se traduisent en souffrance individuelle relevant de la santé mentale, il existe un risque de ne plus interroger le contexte social pour faire porter à l'individu le poids de son mal-être. Décryptage. (réd.)

La santé mentale est un concept qui progresse de manière spectaculaire à tous les niveaux de la société. Porteur d'espérance d'une plus grande prise en compte de la souffrance individuelle, ce mouvement n'est cependant pas neutre. Il dénote également un désinvestissement du collectif, en recentrant la source du problème sur la personne elle-même. Dans le monde des addictions, cette logique est aussi à l'œuvre et demande à être pensée pour en saisir les enjeux.

On peut trouver les racines historiques de la psychologisation du social dans l'extension de la notion même de santé. En 1946, l'OMS pose que «la santé est non seulement l'absence de maladie mais aussi un complet bien-être physique, psychique et social». Cette vision fait aujourd'hui autorité. Or cette représentation de la santé recèle plusieurs dangers. Dans un article de 1999, le Dr Vannotti en souligne les aspects imprécis, idéalistes et excessifs. D'abord, c'est oublier que le complet bien-être lié à l'équilibre physique, psychique et social est plutôt un état transitoire que permanent. Ensuite, cette définition ne permet pas de comprendre l'état de santé des handicapés, ni des personnes âgées. Enfin, elle ouvre la médicalisation du social, en laissant entendre que l'absence de bien-être social relève du monde médical (Vannotti, 1999).

Ainsi, cette définition pour généreuse qu'elle paraisse encombre un peu la pensée et oblitère la dimension politique des situations de précarité. D'idéal souhaitable, la santé ainsi définie devient une norme de comportement obligatoire, soumise à réprobation voire à rétorsion (menaces de primes maladies plus élevées pour les «gens à risque» comme les obèses, les fumeurs, les personnes sous traitement à la méthadone, etc.). Cette norme, portée par des acteurs collectifs légitimés aux yeux du public comme l'OMS, l'OFSP, les associations de médecins, tire sa force de persuasion de cette légitimité.

D'OÙ VIENT LE SUCCÈS DE L'APPROCHE PAR LA SOUFFRANCE SOCIALE ?

Notre société connaît de grandes mutations depuis les années 80, marquées par un individualisme de plus en plus prégnant et une responsabilisation poussée des individus, notamment les plus fragiles. Nous assistons surtout à la montée de la précarisation sociale. Pour comprendre la précarité, il faut aller au-delà de la pauvreté. Il s'agit d'un mouvement plus large, à lire au travers de la menace de perte des *objets sociaux* que sont le travail, le logement, la formation, la famille, la retraite, etc. Bref tout ce qui crée le lien dans la société et qui donne à la personne un statut

social, une reconnaissance d'existence et de valeur, une possibilité de vivre en confiance (sans peur du lendemain) et lui permet d'être en relation avec l'autre.

Cette menace de perte est la préoccupation centrale d'une majorité de gens, les jeunes en particulier, et crée une ambiance sociale marquée par la peur. La précarité sociale est donc faite des modifications objectives de l'organisation du monde connu et de la fragilisation des conditions de vie habituelles.

Cette précarité sociale, structurelle, se traduit ou est traduite en précarité psychique. Mais cette souffrance psychique désigne alors non pas un diagnostic médical au sens habituel de la maladie mentale mais la manière que nous avons de nommer les inégalités et les souffrances sociales qui s'inscrivent au cœur des individus. Nous assistons alors à une sorte de transmutation, où les problèmes sociaux sont déplacés sur le champ de la santé mentale, pour le plus grand bénéfice du statu quo. Les méfaits du système économique contemporain, déplacés sur le terrain de la «santé mentale», perdent en effet leur potentiel de critique et de changement, se portant ainsi garant d'un certain conservatisme.

***L'interprétation
du monde social à
l'aune du
pathologique ne
fait qu'enfermer
l'être social dans
une impuissance
radicale.***

De même, le discours sur «l'exclusion» est lui aussi très instructif. Loin d'appartenir à la marge, les catégories concernées (chômeurs, toxicomanes, malades mentaux, personnes âgées, working poors, familles monoparentales) sont au cœur même du système social. De plus, si leur malheur s'explique par la mise à l'écart de la société, alors implicitement le bonheur, par voie de conséquence, se trouve lié à l'inclusion sociale et au respect de l'ordre établi. Cette vision véhicule ainsi une théorie normalisante et conservatrice de la félicité sociale.

Ce terme d'exclusion a progressivement supplanté celui d'exploitation. Or si l'exclusion désigne une position, une mise à l'écart du monde social (en particulier celui de l'emploi), celui d'exploitation désigne un état des rapports sociaux, avec en corollaire l'idée que l'on peut agir, ce qui donne une dynamique sociale différente. Si être exclu c'est être condamné à l'impuissance sociale, être exploité c'est être condamné à lutter (Tabin, 2001).

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET SOUFFRANCE SOCIALE

Si les inégalités sont pensées en termes d'exclusion, les conséquences sur les individus sont décrites comme souffrance psychique, même si cette souffrance est fondamentalement d'origine sociale. Il ne s'agit pas ici de nier que des conditions sociales ou existentielles difficiles sont susceptibles d'engendrer maladie et souffrance, mais «(...) on doit s'interroger sur le sens et les effets de cette lecture des inégalités lorsqu'elle prend le pas sur d'autres possibles» (Fassin, 2004: 47).

L'interprétation du monde par la souffrance provoque un changement profond du regard que nous portons sur les réalités sociales contemporaines comme la pauvreté, la désaffiliation, la violence, la déviance, etc. Dès lors, les pouvoirs publics vont s'y accorder. C'est ainsi qu'on voit se développer:

- une pluralité de projets individuels de réinsertion,
- la floraison d'offres de développement personnel,
- le développement des pratiques d'écoute obligeant les travailleurs sociaux à des pratiques relevant plus de la psychologie que de l'accompagnement social,
- une médicalisation croissante de la population par la consommation de médicaments (que ce soit sur ordonnance ou pris de manière «sauvage»).

L'individualisation des problématiques sociétales a pour effet de dépolitiser les politiques sociales. L'écoute de la souffrance des victimes de l'inégalité sociale permet de mettre entre parenthèse le souci de justice sociale. Traiter les inégalités sociales en ayant recours à l'écoute compassionnelle relève certes de la sollicitude mais pas de la solidarité (Furtos, 2001).

LA SOUFFRANCE ET LA HONTE

La souffrance s'exprime le plus souvent par la perte de l'estime de soi, le découragement, la dépression ou la «fatigue d'être soi» (Ehrenberg, 2000) et la honte (Gaulejac, 1990, Maisondieu, 1997 et 1998). Arrêtons-nous sur ce dernier élément. La honte est une émotion complexe et particulière dont l'origine est fondamentalement sociale, liée au regard d'autrui, au sentiment d'être différent des autres, à la sensation d'être invalidé («être un pauvre type») au plus profond de son être. La honte fait mal et c'est un mal camouflé, non dit et même parfois dénié par celui qui en est victime. Ce qui au départ était une violence externe, est intériorisé par la personne, ce qui vient détruire de l'intérieur toute possibilité de réagir. En effet, la honte crée une impuissance radicale («être moins que rien») qui risque de justifier l'humiliation («en définitive ce qui m'arrive est de ma faute»).

Aujourd'hui, la honte se trouve encore renforcée par les multiples démarches nécessaires au soutien institutionnel:

- L'aide est soumise à un dispositif de contrôle avec des entretiens structurés sur le modèle de l'aveu (cf. Foucault, *la volonté de savoir*, 1979) ou, plus chrétienne-ment, de la confession. Le fait de demander à la personne de parler d'elle a deux effets: on lui communique implicitement que c'est dans son histoire de vie qu'elle peut trouver la cause et la solution de son problème et on lui demande de se dévoiler, de s'expliquer comme s'il fallait une contrepartie à l'aide,
- Devenir un objet de mesures d'aide, même si cette aide est un droit, est ressenti par de nombreuses personnes comme une perte de leur dignité, leur estime de soi, leur autonomie. Or l'autonomie est un élément essentiel dans la consolidation de l'amour propre, c'est ce que signifie la phrase: «J'ai travaillé toute ma vie, je ne dois rien à personne»,
- Les démarches à entreprendre peuvent s'avérer blessantes. Ainsi, l'individu est vivement enjoint à faire un travail sur lui-même: il faut se réadapter, se former, se réinsérer, se montrer conciliant, coopératif, obéissant, humble, etc. À nouveau, implicitement, de tels dispositifs renforcent le sentiment que la désaffiliation sociale est une tare personnelle, un problème individuel. Or l'individualisation des problèmes entretient la honte plutôt qu'elle ne la désamorce.

Comment se défendre contre la honte ?

Au niveau individuel, gérer la honte peut passer par :

- la *dénégation* qui espère supprimer le mal en le niant. Ceci permet de garder son estime de soi mais la honte est enfouie et risque à tout moment de rejaillir,

- la *résignation* où la personne accepte l'image négative qui lui est envoyée et faute de savoir comment s'en dégager, elle opte de vivre avec. Et de vivre alors dans une dépression larvée car l'abandon de toute quête narcissique est une vie sans plaisir.
- l'*agressivité* qui est souvent utilisée par la personne comme l'ultime moyen pour se faire entendre ou comme expression visant à masquer la honte¹.
- l'*isolement*, le repli sur soi pour éviter toute confrontation sociale, tout contact avec autrui qui risquerait de dévoiler la honte.

En fuyant la honte, le sujet coupe toute relation sociale ce qui renforce les raisons d'avoir honte. Enfin, gérer la honte passe aussi par la *prise de produits* pour calmer cette sensation extrêmement désagréable.

Toutes ces réponses permettent de vivre avec la honte mais pas de s'en dégager. Ainsi, on observe un cumul de facteurs interprétatifs et institutionnels qui maintiennent la personne dans une impuissance radicale. C'est ce que souligne le philosophe Jacques Rancière quand il affirme que «la soumission, ce n'est pas tant (le résultat de) l'ignorance que le doute sur notre capacité de faire changer les choses» (Sciences humaines, 2011: 36).

QUAND LES MÉDICAMENTS NE SERVENT PLUS À SOIGNER...

Face à toutes ces tensions, on observe donc un recours de plus en plus systématique aux psychotropes (drogues illégales, alcool ou médicaments) pour tenir le coup. Une recherche récente en Suisse concernant le stress chez les actifs a montré que sur 1006 personnes, 325 soit 32% déclarent consommer régulièrement ou occasionnellement des produits soit pour améliorer leurs performances, supporter la douleur ou faire face aux tensions² (SECO, 2011: 19). Il est plaisant d'ailleurs de souligner que ces psychotropes portent le nom doucement euphémisant de «smart drugs», des *smarties* en quelque sorte; peut-être justement parce qu'ils servent à rester à l'intérieur du mode vie dominant plutôt qu'à s'en éloigner. D'ailleurs, si l'on observe la publicité pour les médicaments qui améliorent la santé mentale, on découvre qu'il ne s'agit pas tant de soigner (une dépression) que de reconquérir une humeur battante pour «retrouver le goût d'agir et la liberté d'entreprendre» (Ehrenberg, 2000). On retrouve ici les valeurs mentionnées précédemment.

¹ Dans son ouvrage, *Les alcooléens*, Maisondieu a de très belles pages sur ce processus présent chez de nombreux buveurs excessifs voire alcoolodépendants (plus particulièrement l'introduction «Au début, il y a la honte»)

² «Globalement, la prise en compte d'une sous-estimation de l'ordre de 50% signifierait que près de la moitié des personnes actives occupées en Suisse ont, au cours des douze derniers mois, consommé des substances au moins une fois en relation avec leur travail», p. 20. Pour consulter cette recherche:

www.news.admin.ch/message/?lang=fr&msg-id=40970

Ehrenberg dit en substance que les anxiolytiques qui diminuent l'insécurité identitaire d'une personne ressentant chroniquement son insuffisance, favorisent l'action et permettent de mettre les conflits à distance (tant intrapsychiques que sociaux). Or le conflit fait partie de la vie, de la construction de soi et du lien social. Mettre en sourdine les conflits c'est viser un bien-être fonctionnel, mais ce n'est pas rendre la personne libre, ni la rendre capable de retrouver un pouvoir sur soi, ni même de décider des choix de vie (2000: 259). Certes, les médicaments ne recréent pas du lien mais ils permettent de survivre sans.

S'il ne s'agit évidemment pas de nier le bien-fondé d'une médication des malades, on constate pourtant un élargissement de l'utilisation du concept de santé mentale pour gommer les effets des défaillances sociales et pour entériner l'idée qu'il est possible, voire souhaitable de vivre sans souffrance, ni conflit. On crée alors le mirage d'un être humain «(...) tenté de poursuivre l'idée d'un développement sans entrave de ses potentialités, en évitant la confrontation intérieure à ses limites et à son devoir de responsabilité à l'égard de l'humanité» (Vannotti, 2002: 310).

COMMENT DÉPASSER L'IMPASSE ?

L'interprétation du monde social à l'aune du pathologique ne fait qu'enfermer l'être social dans une impuissance radicale. Les efforts pour répondre individuellement à des dimensions sociétales tels que le délitement du lien au profit de la concurrence généralisée ne peut que mener à la formation d'une frange de plus en plus grande de gens maintenus dans la marge sociale avec un mince filet de soutien et une population qui s'accroche à son insertion au prix de sa santé et de son équilibre personnel.

On ne peut éviter d'en revenir à une approche politique. On n'échappera pas à l'obligation de reconstruire du lien social en revendiquant de nouvelles mesures d'accompagnement. Les professionnels comme les citoyens doivent exiger des politiques des mesures novatrices permettant de redonner du sens et de la reconnaissance aux personnes par un rôle social valorisant. Il s'agit donc de renverser la perspective. Il faut rendre au niveau sociopolitique la souffrance provoquée par notre mode d'organisation économique et sociale. Recréer du lien en s'appuyant sur les compétences sociales des usagers, tester de nouvelles manières d'être ensemble pour permettre aux personnes en situation de vulnérabilité de redécouvrir leurs compétences et aux professionnels de retrouver l'élan de soutien social pour lequel ils sont formés.

Le concept de santé mentale doit permettre de soulager la souffrance individuelle, dans une logique de complémentarité avec la promotion d'un environnement favorable. Il doit avant tout se garder de toute prétention explicative globale, sinon il court le risque de ne plus rien désigner et de disqualifier³ la pratique thérapeutique elle-même.

³ Ce qui se profile déjà au travers du refus de prise en charge des thérapies jugées «trop longues».

Bibliographie

De Gaulejac V. (1990). Honte et pauvreté. *Travail social*, 6: 15-26

Ehrenberg A. (2000). *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob

Fassin D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte (coll. Alternatives sociales)

Furtos J. (2001). Précarité du monde et souffrance psychique, *Rhizome* 5, juillet 2001, p. 3-5

Furtos J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mental'idées* No 11, sept 2007 (Dossier Souffrance et Société)

Jacques P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale», *Pensée plurielle*, vol 2(8): 21 – 29

Maisondieu J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Ed. Bayard

Maisondieu J. (1998). *Les alcooléens*. Paris: Bayard

Sciences humaines. (2011). *A quoi pensent les philosophes ?* Auxerre: Sciences humaines (Hors Série spécial N° 13, mai – juin 2011)

Secrétariat d'Etat à l'économie. (2011). *Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse. Liens entre conditions de travail. Résumé de l'étude sur le stress 2010*. Berne: SECO

Tabin J.P. (2001). Exclusion, une notion rétrograde. *Aspects de la sécurité sociale*, 2: 29-35

Tabin J.P. (2002). Les nouvelles régulations politiques de la gestion sociale: illustration en Suisse d'un phénomène global. *Déviance et Société*, 26(2): 221-231

Vannotti M. (1999). La pratique médicale à l'épreuve d'une approche complexe de la santé et de la maladie. *Université de Neuchâtel Information*, mars 1999, 132: 9-13

Vannotti M. (2002). Dépression, labeur ordinaire de l'existence et pilule du bonheur, *Revue médicale de la Suisse romande*, 122: 309-312

Courriel:

i.girod@grea.ch

JOURNÉE CYBERADDICTION

LE JEUDI 29 MARS 2012

L'usage d'internet est une activité pratiquée par tous les acteurs de notre société. Nombreux sont ceux qui interviennent sur la question de l'usage problématique d'internet. Cela fait autant de niveaux de compétences et de connaissances différents. Le GREA propose aujourd'hui une tentative de clarification de ce phénomène. Quels sont les dangers d'internet? Comment prévenir les usages problématiques? Quels types de traitement existe-t-il? Faut-il parler d'addiction?



Objectifs:

- Clarifier les enjeux d'internet pour le champ des addictions
- Expliciter les différentes facettes des usages excessifs et des ressources proposées par internet
- Rassembler les éléments constitutifs d'une définition de la cyberaddiction

Info et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

GREAA
Association suisse des experts en addictions

DES PAIRS AIDANTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE EN SUISSE ROMANDE ?

Esther Hartmann, psychologue, chargée de projets Pro Mente Sana Suisse romande et **Barbara Broers**, médecin Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, SSAM, Genève

Inclure des personnes ayant elles-mêmes connu des problèmes psychiques dans les équipes de soins ? L'idée a fait son chemin, sous l'impulsion du mouvement Recovery. Car les clés du rétablissement sont multiples, et les experts ne sont pas seulement ceux que l'on croit. La démarche nécessite un approvisionnement et un engagement de part et d'autre, qui débouche sur un enrichissement des pratiques, comme le montre l'expérience menée aux Pays-Bas. (réd.)

L'association romande Pro Mente Sana travaille actuellement à l'élaboration d'un projet de formation et d'intégration de pairs aidants dans différentes institutions, associations et organisations intervenant dans le domaine de la santé mentale en Suisse romande.

Un pair aidant, tel que le définit l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale¹, est un membre du personnel socioéducatif vivant ou ayant vécu un trouble psychique d'une certaine gravité. À partir de son expérience de la maladie, et de son processus de rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui leur permettrait de se rétablir.

L'apparition progressive de ce nouvel intervenant dans le domaine de la santé psychique est directement liée au mouvement du Recovery². Ce mouvement, qui a vu le jour aux États-Unis dans les années 90, réunissait des malades psychiques longtemps considérés comme inguérissables ou pour lesquels il n'existait plus de ressources psychothérapeutiques et qui s'étaient rétablis malgré ces pronostics défavorables. Rapidement, des professionnels engagés et des proches se joignirent à ce mouvement. Depuis, les tenants du rétablissement attirent l'attention sur le fait qu'il est aussi possible de se rétablir de maladies psychiques sévères et que le préjugé selon lequel une personne malade est condamnée à le rester toute sa vie est infondé. Ils informent les autres personnes concernées et les proches sur les possibilités de rétablissement et aident les professionnels à orienter leur traitement plutôt sur le rétablissement qu'exclusivement sur l'évitement des crises ou le contrôle des symptômes.

Le pair aidant est donc associé à une philosophie qui reconnaît des compétences et une parole aux usagers des services de santé mentale. Il est issu d'un changement de paradigme qui conduit les services traditionnels à donner un droit à la parole, à l'action et à la prise de décision à l'utilisateur. Le pair aidant devient alors partenaire de ce bouleversement des pratiques professionnelles. Par sa présence et son activité, il questionne les pratiques institutionnelles usuelles et teste leur capacité à adopter de nouvelles conduites.

L'implantation de ce nouvel intervenant dans le champ de la santé mentale nécessite l'engagement de l'équipe pluridisciplinaire sur une voie dans laquelle l'expérience des usagers et leur parole sont reconnues, considérées comme expertises et sources d'enrichissement pour l'institution.

Plusieurs mandats peuvent être confiés à un pair aidant au sein d'une organisation. Il peut par exemple coanimer des groupes sur le rétablissement, participer à la réflexion en équipe sur des projets de soins globaux, informer des équipes sur le concept de rétablissement, prendre part à des activités sociales ou récréatives, accompagner un usager dans différents projets, etc.

Afin d'intégrer ce nouveau professionnel, l'institution, comme les différents professionnels qui travailleront à ses côtés, devront élaborer une réflexion sur les modalités d'intervention qu'ils souhaitent lui proposer. Il est en effet indispensable de déterminer clairement la place qui lui sera réellement proposée. Dès lors, les différents professionnels seront amenés à mener une réflexion sur leur propre fonction et sur le rôle de chacun. Ceci conduira à interroger l'identité professionnelle de chaque intervenant. Intégrer un pair aidant dans une équipe signifie qu'un nouveau collaborateur est accepté et qu'il interviendra dans des activités jusqu'alors réservées à des professionnels «classiques». Ces derniers accepteront alors de renoncer à une partie de ce qu'ils considéraient comme faisant partie de leurs cahiers des charges.

Il convient donc de se poser la question de la pertinence de ce changement ainsi que de sa validité. Qu'apporte véritablement un pair aidant ? Est-il nécessaire d'intégrer un pair aidant au sein de son institution pour orienter cette dernière vers le «Rétablissement» ? Comment avoir confiance en ce nouvel acteur ? Quels seraient les écueils à éviter ?

Différents témoignages et recherches permettraient de répondre, en partie du moins, à ces interrogations légitimes³. Une expérience néerlandaise est décrite ci-contre. Elle met en évidence l'intérêt de l'intégration des pairs aidants au sein d'équipes pluridisciplinaires sans faire l'impasse sur les obstacles qu'il convient d'éviter ou de surmonter.

¹ <http://www.aqrp-sm.org/projets/pairs-aidants/index.html>

² Recovery- Vers le rétablissement est une publication de Pro Mente Sana Suisse romande qui peut être commandée gratuitement www.promentesana.org.

³ Provencher E., Lagueux N. Harvey D (2010).: *Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques... L'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale. In : Pratiques de formations, Usagers-Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé. No 58-59, pp 155-174*

PAIRS AIDANTS AUX PAYS-BAS

Il y a dix ans, il n'y avait que très peu de pairs aidants aux Pays-Bas. Maintenant chaque institution de santé mentale a ses pairs «experts». Par exemple, la Fondation «Altrecht», une grande institution de santé mentale de plus de 2800 collaborateurs, a actuellement engagé 57 pairs aidants, l'objectif étant d'arriver à 140 en 2013. Les pairs aidants travaillent dans des équipes ambulatoires (surtout des équipes ACT *Assertive Community Treatment*) et en milieu hospitalier. Ils ont des postes rémunérés comme tout autre membre de l'équipe de soins. Leurs rôles varient: ils peuvent être coach individuel des patients, animer des groupes d'entraide, ou avoir des postes de cadre.

Les pairs aidants sont nommés «*ervaringsdeskundige*» en néerlandais, ce qui veut dire «expert par expérience». Cette différence sémantique n'est peut-être pas anodine, si l'on veut réfléchir à la place des pairs aidants dans une équipe de soins.

Les pairs experts ont suivi des formations reconnues, possibles à différents niveaux: des cours (sans diplôme), six formations professionnelles de trois ans et deux formations de niveau HES sur quatre ans.

L'expérience néerlandaise montre que l'intégration des pairs experts peut vraiment rajouter un «plus» dans les soins en santé mentale, mais on doit aussi considérer que c'est un métier en développement, et pas une panacée. Des points importants à développer sont: les rôles des pairs experts, leur formation et supervision/intervision, ainsi que l'évaluation.

Interview avec Sieke Kruijt, psychiatre et thérapeute de famille, responsable d'une équipe ACT pour des personnes avec des troubles psychotiques et de dépendance, à la Fondation Altrecht, une grande institution de santé mentale à Utrecht, aux Pays-Bas.

La Drsse Kruijt était invitée lors des Journées sociales de la psychiatrie aux Hôpitaux universitaires de Genève, pour faire une présentation sur le rôle de pair aidant.

Pouvez-vous expliquer le fonctionnement d'une équipe ACT ?

SK: ACT, *Assertive Community Treatment*, est une méthode de traitement développée aux Etats-Unis, pour des personnes avec des troubles psychiatriques chroniques et graves. C'est une forme de traitement ambulatoire, «*outreach*», et multidisciplinaire, avec une description précise de la composition de l'équipe de soins. Un pair aidant fait toujours partie de l'équipe.

Quelle est votre expérience professionnelle avec les pairs aidants ?

SK: Dès le début de la constitution de notre équipe ACT, il y a cinq ans, nous avons inclus un pair aidant. Cela signifie, entre autres, que c'est un poste rémunéré. Pierre, notre pair aidant, avait eu une dépendance à la cocaïne pendant 25 ans, avec tous les problèmes relatifs sur le plan social, criminel et de sa santé. Quand il a commencé chez nous, il était abstinent depuis 3 ans.

Selon vous, qu'est-ce que peut apporter spécifiquement un pair aidant dans le travail en addiction ?

SK: Pierre est, pour nous, une source de connaissance pratique pour toutes sortes d'affaires courantes de la vie de nos clients dépendants. Il nous conseille très bien sur les moments opportuns pour nos interventions, ou ceux où il vaut mieux attendre. Comme psychiatre, je me sens en sécurité quand je fais des visites à domicile avec lui, surtout quand on va chez des clients qu'on connaît mal, ou en cas de situations compliquées.

Pour nos clients, il est un fort signe d'espoir. Le fait qu'il a été capable de laisser derrière lui son addiction et de reconstruire sa vie avec une femme et un emploi leur donne espoir pour leur propre futur. Certains ont suivi son exemple et ont choisi de suivre la formation de pair aidant. En fait, quand on traduit du hollandais, nous parlons plutôt d'«expert par expérience», on pourrait peut-être parler de «pair expert».

Quels sont vos conseils pour des équipes de soins qui désirent intégrer un pair aidant, ou «pair expert» ?

SK: Il est important qu'un pair expert, avant de commencer à travailler, n'ait pas seulement pris une bonne distance par rapport à son addiction, mais aussi qu'il ait la capacité de réflexion et d'introspection, pour comprendre ce qui a été important pour son propre rétablissement. Et qu'il ait eu au moins une formation de base dans les soins. Il est important qu'il puisse utiliser son propre vécu comme source de connaissance, mais aussi qu'il réalise que chaque client porte sa propre histoire et son propre vécu.

Autrement il est essentiel que lui et l'équipe aient réfléchi aux tâches spécifiques du pair aidant, et à celles qui ne le sont pas. Des supervisions et des interventions avec d'autres pairs aidants, doivent être mises en place. Car, par définition, le pair aidant a une position assez isolée, faisant partie tant des patients que de l'équipe.

Propos recueillis et traduits par Barbara Broers

Les personnes qui sont intéressées par les activités, les publications et les cours proposés par Pro Mente Sana, peuvent prendre contact avec l'association romande Pro Mente Sana soit en téléphonant au 0840 00 00 60 soit au travers de son site internet: www.promentesana.org.

En ce qui concerne le projets pairs aidants, il est également possible de s'adresser directement à Mme Esther Hartmann par courriel ou au 022 718 78 44.

Courriels:

esther.hartmann@promentesana.org
Barbara.Broers@unige.ch

USAGERS DE DROGUES ET PSYCHIATRIE: LÉGITIME DÉFIANCE

Fabrice Olivet, directeur de l'association Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD), France

ASUD est une organisation d'usagers de drogues en France. Elle tente d'apporter la parole des personnes usagères de drogues dans le débat public. ASUD dresse ici un constat sans concessions des risques de dérives constatées chez notre voisin. Elle revendique surtout un autre statut pour les consommateurs que celui de «malade chronique», vu comme stigmatisant et peu respectueux des individus. (réd.)

L'usage de drogue et la folie forment un couple étrange dont les relations évoluent au fil du temps, selon des critères qui relèvent plus de la culture et de la morale que de la médecine. Aujourd'hui, le concept d'«addiction aux drogues» considérée comme une «maladie chronique du cerveau récidivante» renvoie les usagers vers le monde de la psychiatrie, une planète qu'ils avaient cru pouvoir quitter grâce à la politique de réduction des risques. La psychiatrisation accrue des problèmes de drogues est-elle une avancée scientifique ou une arme supplémentaire au service de la répression des comportements «déviant» ?

La «schnouf», la «coco», les morphinomanes, ce vocabulaire aux réminiscences désuètes nous parle d'un monde disparu, celui de la drogue des années trente. Curieusement c'est un univers spontanément associé à la brutalité carcérale des hôpitaux psychiatriques. La littérature de drogue, du Feu-follet à Antonin Arthaud en passant par William Burroughs véhiculent ce topos: le drogué est un fou (même s'il n'en a pas conscience), sa course absurde vers les paradis artificiels ne peut le mener qu'à la démence et sa conclusion institutionnelle: l'enfermement.

La guerre à la drogue, matérialisée par la loi du 31 décembre 1970, n'a pas amélioré les choses. Le portrait du toxicomane qui se dégage de son dispositif oscille entre le malade mental, dangereux pour lui-même et pour les autres, et le délinquant antisocial.

Face à ce durcissement législatif, la réaction des «intervenant en toxicomanie» fut ambiguë. Ils ont accepté la politique anti-drogue, y compris la prohibition des seringues décrétée en 1972, tout en affichant une forme de résistance. Sur les brisées de l'anti-psychiatrie, Claude Olivenstein, figure tutélaire du secteur, a proposé une lecture à la fois philosophique et sociologique de la condition de «drogué». Il s'intéresse à ses contradictions psychiques, à sa révolte à l'égard du système de valeurs bourgeoises, comme on disait alors. Autant de choses qui ramènent le débat sur le pourquoi, plutôt que sur le comment. L'hôpital Marmottan devient la référence. Peu de médicaments mais des discussions de groupes, une porte ouverte 24 heures sur 24. La psychanalyse, les thérapies douces, voire l'approche communautaire prennent donc le pas sur la psychiatrie.

C'est la grande époque des post cures et autres centres «baba cool» où sont accueillis les toxicos à grand renfort d'ateliers de poterie et de légumes bio. Si l'enfermement psychiatrique continue d'appartenir à l'environnement immédiat des usagers, il est de plus en plus connoté négativement. Un exemple caractéristique de cette modification de sensibilité est le film «Family life» (1971) où la psychiatrisation forcée d'une jeune Américaine est présentée comme une sorte de brimade médiévale mise en scène avec une particulière cruauté.

[...] la répression qui condamne [...] les usagers de drogues à une double peine: malades chroniques mais aussi délinquants

SIDA: LA GRANDE PEUR

L'épidémie de sida qui a brutalement modifié la condition des usagers de drogues n'a fait que renforcer ce mouvement de défiance à l'égard des psychiatres. Devenus vecteurs de transmission d'un virus mortel, les «drogués» ont enfin bénéficié des dispositions pragmatiques de la politique de réduction des risques déjà mise en œuvre dans de nombreux pays. En catastrophe, la France a adopté une cascade de lois et de réglementations ayant pour but d'assouplir le régime de relégation auquel étaient soumis les héroïnomanes depuis des lustres. L'abolition du décret d'interdiction de la vente de seringue en pharmacie en 1987, puis la mise à disposition progressive des traitements de substitution de 1993 à 1996, en passant par la mise en place de centre d'accueil dit à «bas seuil d'exigence», forment la base de cette nouvelle approche de la question des drogues. La politique de réduction des risques devient l'horizon indépassable de la prise en charge des usagers. À ce stade, la psychiatrie est, de fait, objectivement disqualifiée.

L'ADDICTOLOGIE OU LA POLITIQUE DU COUCOU

C'était sans compter sur la virulence de l'idéologie anti-drogue pour laquelle la folie est une composante nécessaire de l'usage, voire sa finalité. Les psychiatres discrédités, une première fois par les travailleurs sociaux des années 70 et une seconde fois par les médecins généralistes et les spécialistes du sida, ont pris leur revanche grâce à un nouvel habit taillé sur mesure: celui d'addictologue.

Le sel de l'histoire réside dans le fait que, tel un coucou habile à se glisser dans le nid des autres, la psychiatrie est revenue s'installer au cœur du champ addictologique en détournant à son profit les succès de la médicalisation. En effet, après des années d'indifférence à l'égard des aspects somatiques de l'usage, la réduction des risques s'est battue pour amener les médecins à s'intéresser aux drogues et à la façon dont elles étaient consommées.

Plus largement, de nombreuses voix se sont élevées pour rapprocher drogues licites et illicites dans des processus neurobiologiques comparables. Ces efforts méritoires ont débouché sur la naissance d'un monstre: l'addictologie hospitalo-universitaire, une entité sortie toute armée des cartons de l'Etat. On passe des notions transgressives (délinquance, contre culture, marginalité) à la mécanique de l'usage et au rôle des substances consommées (pharmacologie). De nouveaux acteurs deviennent les figures incontournables de la réflexion sur les drogues: les laboratoires pharmaceutiques, concepteurs de traitements de substitution, les mandarins de l'université et la recherche fondamentale en sciences dures qui investit le champ des drogues via la neurobiologie et la génétique. La réduction des risques avait fait un bout de chemin avec la lutte contre la prohibition des drogues, l'addictologie ramène les usagers vers les psychiatres avec, en prime, la mise à l'index des abuseurs de produits licites.

Aujourd'hui, les usagers de drogues sont à nouveau confrontés à une psychiatrisation croissante. La plupart des addictologues viennent du champ de l'alcoolologie ou de la neurobiologie. La figure du psychiatre a retrouvé une légitimité renforcée par le type de population prise en charge par les centres d'accueil. La stigmatisation accrue des comportements addictifs établit une sélection à la porte: seuls les plus vulnérables acceptent de se montrer au grand jour. De nos jours, le qualificatif de toxicomane équivaut à une sentence à vie de malade chronique récidivant, comme il est précisé dans les textes. Avec une telle signalétique, la plupart des usagers insérés socialement se gardent d'être identifiés par le secteur du soin, laissant la place aux personnes en grande précarité sociale.

La fréquence des comorbidités psychiatriques au sein de la population fréquentant les centres de soin (CSAPA et CAARRUD) confirme l'idée que l'usage de drogues est une maladie du cerveau. Malheureusement, cette préemption de la psychiatrie sur le débat se conjugue avec un renforcement constant de la répression qui condamne, plus que jamais, les usagers de drogues à une double peine: malades chroniques mais aussi délinquants.



Chaque année, le nombre d'usagers – principalement de cannabis – placés en garde à vue augmente. Chaque année, les statistiques publiées sur le volume des consommations de drogues illicites battent des records, notamment en ce qui concerne le cannabis et la cocaïne. Certes, les drogues agissent sur le cerveau, elles peuvent être la cause de graves dysfonctionnements psychiques, mais vouloir absolument régler le problème entre les deux mâchoires de la psychiatrie et de la prison est un leurre criminel.

Il existe d'autres espaces, explorés temporairement au moment de l'épidémie de sida où l'usage fut abordé sous l'angle du remède à l'angoisse, du réflexe culturel, voire du plaisir des sens, autant de choses qui nous semblent aujourd'hui aussi indéfendables que le terrorisme ou le culte de Staline.

Courriel:

asud@club-internet.fr

ACTION COMMUNAUTAIRE ET SANTÉ MENTALE

Christel Richoz, Mirta Kuhn Zolecio et Cédric Fazan, Action Communautaire & Toxicomanie, Riviera vaudoise

Dans cet article, ACT rappelle les fondements de son action, qui repose sur la construction du lien social. Face à de nouvelles catégories d'exclus, le partage d'un langage commun, le travail de réseau entre professionnels s'avère plus que jamais indispensable pour décroïsonner les savoirs et par là-même permettre aux usagers de sortir des étiquettes dans lesquelles les différents systèmes d'aide les enferment. Un travail de longue haleine qui va à contre-courant des politiques publiques qui visent l'efficience à court terme. (réd.)

Inséré dans le tissu de la Riviera vaudoise et fondé en Association en 1976, Action Communautaire & Toxicomanie est un des quatre centres à seuil bas vaudois spécialisés dans le domaine des dépendances. Ce centre de compétences, basé à Vevey, bénéficie de subventions régionales, cantonales et fédérales. L'équipe éducative a pour mandat d'accueillir, d'informer, d'accompagner et d'orienter toute personne en grandes difficultés sociales. L'institution offre un panel de prestations visant la stabilisation, puis l'autonomisation et la réinsertion des individus. ACT travaille dans trois lieux: le centre d'accueil, les rues et les écoles et lieux de formation de la Riviera.

Pour assumer ces missions et répondre à une complexité croissante des situations rencontrées, l'équipe d'ACT est aujourd'hui interdisciplinaire. Les six collaboratrices et collaborateurs de l'équipe socioéducative sont issus des champs de l'éducation sociale, de la psychologie et des soins infirmiers. De concert, ils travaillent avec les personnes recourant à ACT dans une perspective bio-psycho-sociale. Ce réflexe de transversalité tant dans la compréhension de l'individu et de ses difficultés que dans les pistes de réflexion et d'intervention implique, également, une dynamique de travail en réseaux.

ACTION: NOS INTERVENTIONS

Depuis les prémices de ce qui deviendra Action Communautaire & Toxicomanie, le centre des préoccupations des équipes successives est et reste l'Humain, avec sa singularité, inscrit dans la communauté. Un être humain en situation d'exclusion, de marginalité volontaire ou subie, quel qu'en soit le motif. Un être humain à la fois acteur et victime de la situation dans laquelle il se trouve. Le but est de lui permettre une existence sociale acceptable pour lui et son environnement. Les outils sont nombreux et les champs d'action sont pluriels. Mais l'outil de base est le lien social. Celui-ci permet d'augmenter l'estime de soi, le sentiment d'appartenance, de donner des clés de lecture,

d'appréhension et de compréhension de sa trajectoire et de sa situation et de se projeter dans un changement.

À ACT, ce sont particulièrement les notions d'accueil et d'accompagnement qui sont porteuses de ces objectifs, parce qu'elles sont comprises comme transversales et, à ACT, comme socles à toute action éducative.

En effet, il s'agit pour les collaboratrices et collaborateurs d'ACT de prendre en compte la personne dans sa globalité, «là où elle est avec son histoire». Le pari est de renverser la lecture de la situation. Davantage que les manques, l'action communautaire mise sur les ressources, sur les facteurs

de protection pour influencer in fine sur les prises de risques et le développement de la personne.

Un des principes de base du travail dit bas seuil est la «libre adhésion». Fonctionnant sans mandats, ACT garantit aux personnes qui utilisent ses structures une grande liberté. Liberté qui engage l'individu à une responsabilité dans ses choix. Liberté qui oblige aussi les professionnel·le·s à l'adaptation, voire parfois à l'improvisation. Les règles de participation sont basées sur le respect à autrui, aux

lieux et à eux-mêmes. L'accueil encourage la convivialité, le partage mais aussi un regard sur soi, un moment de recul sur sa situation personnelle. Pour des raisons évidentes, seuls la présence de produits psychotropes, le deal et les violences font l'objet d'une interdiction formelle, affichée et explicitée.

Les collaboratrices et collaborateurs acceptent de revêtir un rôle à géométrie variable, tantôt formel et cadrant tantôt souple et entourant. Il existe ainsi une tension entre notre rôle socioéducatif destiné au rétablissement de la personne et les attentes normatives de la société, entre une tentative d'impulser et d'accompagner des changements et les réalités socioéconomiques actuelles fermées aux «a-normaux» (marchés de l'emploi et du logement plus que tendus, pour ne citer qu'eux). C'est par une capacité d'adaptation, que, tout en respectant notre fonction, nous pouvons offrir au regard de la personne une multitude de facettes identitaires, d'expériences, afin de pouvoir réagir et agir avec elle.

**Un être humain
à la fois
acteur et victime
de la situation
dans laquelle il se
trouve.**

Concrètement, dans ses interventions, ACT accepte au quotidien de vivre avec les usagères et les usagers des rôles sociaux qui aident à jouer et débloquent des dynamiques vécues au sein de la société. Cette posture implique une attitude de non jugement et un refus de catégoriser l'individu en des groupes vulnérables définis uniquement par leurs difficultés. Avant tout, il s'agit d'offrir un espace de dignité. Demander un repas chaud, un linge et du savon pour prendre une douche, une aide pour rédiger une lettre au juge, exprimer le désarroi face une mesure tutélaire, nécessite un effort et des compétences sociales de la part des usagers. Notre accompagnement leur permet de dépasser la marginalité, l'illettrisme, l'insécurité, la maladie psychique et tant d'autres obstacles générateurs d'exclusion et d'isolement. Comme professionnels, nous osons rejouer, reconjuguer les jeux relationnels vécus à l'extérieur des murs institutionnels. Cet espace à la fois protégé et confrontant permet aux usagers de se repositionner et d'incorporer de nouvelles attitudes. ACT est vécu, alors, comme lieu d'expériences sociales et relationnelles. Il faut relever qu'au sein de cet espace sécurisant, il est possible de jouer plusieurs attitudes, de la crise à l'apathie, de la tristesse à l'euphorie, et cela sans compromettre les liens relationnel et professionnel avec les membres de l'équipe.

COMMUNAUTAIRE, UNE APPROCHE DYNAMIQUE

Nous affirmons travailler dans une perspective communautaire. Perspective dans laquelle l'individu est de fait participant à sa propre trajectoire de réinsertion tout en faisant partie, bon an mal an, de la société à laquelle il appartient malgré tout. Ce vœu est toutefois plus complexe à réaliser qu'il n'y paraît.

En effet, les personnes accueillies se présentent en mettant en avant leurs manques, leurs difficultés, leurs handicaps, leurs maladies. Elles offrent au regard d'autrui une identité partielle, parfois brisée, mais souvent clairement définie. Cette mécanique représente pour l'utilisateur l'opportunité d'appartenir à un groupe précis et finalement rassurant. Ceci peut être un piège pour les professionnels qui risquent de se concentrer seulement sur un étiquetage mettant en exergue la partie dysfonctionnante (malades, rentiers AI ou cas sociaux, SDF, toxicomanes ou alcooliques, etc.). Cette posture, de survie pour certain-e-s, reste une position potentiellement enfermante et réductrice. Il arrive aussi que le handicap ou la maladie dédouane la personne de ses responsabilités («Je suis malade, je ne peux pas changer...»).

Notre premier défi est de pouvoir franchir cette représentation identitaire uniforme et simpliste pour explorer les autres facettes de leur personnalité. Et de le faire avec eux et à leur rythme. Dans cette dynamique, il est indispensable

d'identifier, de développer les ressources de la personne et de lui permettre de vivre des expériences saines dans un projet de restauration de sa relation à elle-même et à son environnement.

TOXICOMANIE: NOS ADAPTATIONS

Dès la naissance de l'association, le souhait est d'adapter continuellement l'offre en fonction des besoins des populations accueillies. Les termes et les visions ont changé en 40 ans. Du marginal et improductif, l'utilisateur d'ACT est devenu tour à tour ou à la fois, délinquant, malade, malade psychique, atteint de comorbidité ou non, bénéficiaire du RI (de plus en plus) ou rentier AI (de moins en moins), sans domicile fixe, sans logement et sans abri. Et son «identité» de consommateur aussi a évolué au gré des mouvements et des politiques sociales. De drogué, il est devenu toxicomane, toxicodépendant, abuseur de substance ou dépendant, personne souffrant d'addiction. Et selon qu'il soit face au juge, au médecin ou au travailleur social, son identité change. Mais il reste toujours en souffrance, en recherche de sens, un fils, un père, un amant, un homme... avec tous ses besoins, ses compétences et ses aspirations.

Notre population s'est élargie. Aux usagers de psychotropes se sont joints les chômeurs en fin de droit, les jeunes en rupture sociale, sans métier, sans une vraie intégration, les personnes âgées plus démunies et isolées, les jeunes migrants, des «working poor», bref de nouveaux exclus. La proportion d'utilisateurs souffrant de pathologies diagnostiquées est aussi plus importante. Dans les institutions bas seuil, nombre de bénéficiaires en cumulent plusieurs et ce phénomène est en croissance. Il faut également souligner que nous sommes aussi face à une population de consommateurs vieillissants, de consommateurs chroniques. Les usagers vivent une répétition impressionnante d'épisodes d'hospitalisation psychiatrique. Une complexité partagée par les professionnels des milieux médicaux et sociaux. Leur santé mentale est un sujet quotidien, car précaire. Chaque coup du sort, perte de logement, exclusion du lieu d'occupation, rupture relationnelle, les plonge dans un cercle vicieux où consommation de psychotropes (alcool et médication prescrite en tête), hospitalisation, précarisation sociale et désespoir se succèdent.

Dans l'urgence, seul l'hôpital psychiatrique pourra gérer la crise ou l'utilisateur se verra imposer un PLAF. La réponse est-elle adéquate, est-elle la seule ? À mesure que la santé mentale des personnes en difficulté semble de plus en plus fragile, que les conditions de vie des personnes en marge de la normalité se péjorent, il semble que les réponses soient de plus en plus univoques.

**Différencier un temps
social, un temps
thérapeutique, un temps
de rétablissement...**

SANTÉ MENTALE ET PARTENARIAT

Dans ce contexte d'accueil de personnes socialement précarisées et/ou en situation d'addiction, la notion de santé mentale est comprise au sens de l'OMS. «Un état de complet bien-être physique, mental et social. Qui ne consiste pas seulement en une absence, de maladie ou d'infirmité.». Au sein d'un centre d'accueil bas seuil, l'idée même d'un «état de complet bien-être» semble un état idéal pour ne pas dire illusoire. Néanmoins, cette définition correspond à notre philosophie de travail. Les étiquettes sont à dépasser, les stratégies d'intervention sont plurielles, à la fois individualisées et collectives et les politiques publiques sont à décroiser ou, au minimum, à coordonner.

Sur le terrain l'ensemble des professionnel-le-s, tous domaines confondus, relèvent que les personnes recourant aux structures bas seuil, et à ACT dans le cas précis, accumulent les facteurs de risque d'une altération de leur santé mentale: l'absence d'emploi ou d'occupation, l'absence de logement, le développement de troubles psychiques, les consommations de psychotropes (des abus à l'addiction). Le point commun de l'entier de nos bénéficiaires est et reste une solitude relationnelle qui s'est construite petit à petit, au fur et à mesure des tentatives de changement et des échecs passés. Une diminution de leur faculté d'être acteur de leur vie, de leur capacité à imaginer des solutions sont évidemment à la source du faible niveau de leur estime de soi.



Photo: Interfoto

Prendre en compte les facteurs environnementaux nécessite un partenariat étroit avec les membres des réseaux sociaux, médicaux, administratifs, judiciaires, etc. Le regard en santé communautaire implique une mise en commun des compétences professionnelles et personnelles des

membres de l'équipe d'ACT et des réseaux autour de la personne. Un cadre qui permette la redécouverte de ses propres possibilités tant pour les professionnel-le-s que pour les bénéficiaires de nos structures. Le développement du travail en réseaux a permis une orientation mieux ciblée par une meilleure connaissance de la spécificité de chaque institution réduisant à terme coûts, surcharge de travail et augmentant la chance de réussite pour les suivis et traitements. Il faut relever que cette posture professionnelle nécessite un engagement, un respect et un investissement importants. Par ailleurs, l'interdisciplinarité de l'équipe d'ACT apporte également une vision décroisée et transversale de la personne et offre une habitude de travail et de collaboration très fructueuse.

Le jeu du partage et de la reconnaissance se joue ainsi entre professionnels et avec l'usager. Ce dernier peut devenir patient, client, locataire, accusé, père, selon la situation concernée. Notre attention, bien au-delà de notre expertise et de nos missions de politiques publiques, devrait se porter sur l'exploration de toutes les appartenances que les usagers nous dévoilent, pour arriver à construire ou reconstruire avec lui une identité aujourd'hui morcelée par les produits, les échecs, les appartenances administratives, etc.

NOS DÉFIS EN SANTÉ MENTALE ET COMMUNAUTAIRE

Dans un contexte de constant changement et de questionnement de nos modèles de compréhension et d'intervention, et en guise de conclusion ouverte, nous livrons de manière un peu brute les réflexions suivantes:

- Au niveau des personnes concernées, il nous semble impérieux de dépasser, dans les dynamiques d'accueil et d'accompagnement, un étiquetage sclérosant. Une tension demeure entre la prise en compte non stigmatisante des pathologies psychiatriques, par ex., et la volonté de considérer, de travailler avec la personne au changement de sa situation. Une tension créatrice, qu'il s'agit de proposer en intégrant les difficultés des individus et les spécialisations des professionnel-le-s des réseaux; une tension qui permette la découverte des potentialités de la personne et en parallèle des membres des réseaux.
- Pour concilier les temps de l'usager avec le temps des structures, il s'avère utile de respecter son rythme dans son processus de changement. Différencier un temps social, un temps thérapeutique, un temps de rétablissement... Ce point est sans doute difficilement compatible avec les impératifs actuels des différentes politiques publiques. Lesquelles attendent des résultats rapides et à moindre coût. Mais là aussi, il est important de mettre en exergue les gains d'un investissement social sur le long terme.

- Au niveau institutionnel, la pluridisciplinarité et l'échange interdisciplinaire qu'il implique à l'interne des structures est un pas vers une vision décloisonnée des situations rencontrées. Ils permettent, tout comme le travail en réseau, de collaborer de manière transversale et coordonnée au sein de situations d'une grande complexité et contenant un grand nombre de protagonistes. Notre impression est que ce mode de fonctionnement participe également à la bonne santé mentale de l'équipe. Et par rebond, à la bonne santé mentale de l'institution et d'un bon climat de travail pour les usagers.
- Le travail en réseau est un facteur indispensable à la bonne santé mentale des personnes fréquentant des dispositifs de prise en charge au sein de nos structures bas seuil. Il s'agit d'investir davantage dans la compréhension et le partage avec nos partenaires. L'enjeu est non seulement la réciprocité indissociable entre la stabilité psychique et sociale, mais également la construction d'un vocabulaire commun et d'une relation, laquelle est au centre de notre mission, de notre fonction sociale et de la promotion de la santé mentale et communautaire.
- Le sentiment est que les éléments sociétaux ne favorisent pas une santé mentale satisfaisante pour bon nombre d'entre nous, que les réponses sont à l'heure actuelle celles d'une vision de la santé publique, où les mesures sont médicales, psychiatriques et pharmacologiques. Leurs efficacités seraient optimisées si l'ensemble des acteurs se coordonnaient autour d'une vision transversale des problématiques, et entre autres celles touchant le domaine de la santé mentale. Et ce à tous niveaux. Les responsables des différentes politiques publiques (santé, social, logement, etc.) ont tout à gagner à coordonner leurs stratégies d'intervention. En ce sens, une de nos missions est d'informer et de soutenir l'élaboration desdites politiques publiques. La notion de centre de compétences attribuée aux centres d'accueil bas seuil est à ce titre parlante et engageante.

«C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer.»

Amin Maalouf (1998), Les Identités meurtrières

Courriel:

a.c.t-direction@bluewin.ch

PRÉPAREZ-VOUS À ENTRER DANS LA CINQUIÈME DIMENSION !

Prof. Henri-Jean Aubin, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, Hôpital universitaire Paul-Brousse, Villejuif, France

Nous reproduisons ici un article paru dans *Alcoologie et Addictologie* en mars 2011 qui décrit les bouleversements prévus dans le futur DSM-5 pour l'addictologie, et ses conséquences pratiques sur l'approche thérapeutiques (réd.)

Référence: Aubin HJ. Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! Alcoologie et Addictologie 2011 ; 33 (1): 3-4.

Le DSM* nouveau, cinquième génération, est annoncé pour mai 2013. Si le DSM-III avait été qualifié de révolutionnaire en son temps, le DSM-5 devrait, quant à lui, bouleverser notre discipline addictologique, et plus particulièrement alcoologique, avec la disparition des catégories diagnostiques d'abus et de dépendance. La distinction entre abus et dépendance est d'abord apparue en 1980 dans le DSM-III, dans lequel la dépendance était définie comme l'adjonction à l'abus de signes de tolérance ou de sevrage. La conception biaxiale de l'alcoolisme est apparue en 1987 dans le DSM-III-R, dans lequel l'abus et la dépendance mesuraient deux dimensions différentes du problème d'alcool, mais dans lequel également était paradoxalement conservée une gradation entre abus et dépendance.

Le DSM-I (1952), puis le DSM-II (1968) proposaient jusqu'à l'unique diagnostic d'alcoolisme, sous la bannière des troubles de la personnalité, homosexualité et névroses. La CIM-10 de l'OMS a suivi cette conception biaxiale avec la distinction usage nocif/ dépendance. Autant la validité du diagnostic d'abus du DSM-IV a été régulièrement mise en cause, autant le diagnostic de dépendance, qui a connu peu de changements depuis la description clinique initiale d'Edwards et Gross (1), était peu discuté jusqu'à récemment.

L'élaboration du DSM-5 est toujours en cours, et son état d'avancement est annoncé sur le site dédié de l'American Psychiatric Association (2). D'une façon générale, les points d'évolution majeurs sont le remaniement de la constitution multiaxiale, l'évolution des diagnostics catégoriels vers une approche dimensionnelle, et une tentative de déstigmatisation de la pathologie mentale. Les modifications proposées dans le chapitre sur les Troubles liés aux substances semblent pour l'essentiel fixées. Ce chapitre, dont l'intitulé pourrait devenir Addictions et troubles associés, inclura des troubles liés à l'utilisation de substances et des addictions sans substances, essentiellement le jeu pathologique ; l'inclusion d'autres conduites addictives comme l'addic-

tion à internet est en discussion, mais nécessite d'abord l'accumulation de données complémentaires. Le terme "dépendance" est maintenant limité à la dépendance physiologique, caractérisée par le syndrome de sevrage et/ou la tolérance.

Mais l'évolution majeure est la disparition de la distinction entre abus (diagnostic qui requerrait la présence d'au moins une manifestation parmi quatre dans le DSM-IV-TR) et dépendance (qui requerrait au moins trois manifestations parmi sept dans le DSM-IV-TR). Les recherches de terrain et les analyses des grandes bases épidémiologiques comme la National comorbidity survey (NCS) de la National epidemiological survey on alcohol and related conditions (NESARC) ont montré que le diagnostic d'abus a une faible validité et n'est pas le prodrome de la dépendance, puisque ses manifestations peuvent aussi bien apparaître après celles de la dépendance, ou ne pas apparaître du tout (3). Les analyses factorielles, de classes latentes et de la théorie de réponse aux items ont parfois retrouvé deux dimensions, pouvant correspondre à l'abus et la dépendance, mais n'ont le plus souvent retrouvé qu'une seule dimension, présentant des niveaux de sévérité en fonction du nombre de manifestations (4).

Le nouveau diagnostic Trouble lié à l'utilisation d'une substance va donc essentiellement rassembler les manifestations des anciens diagnostics d'abus et de dépendance, en retirant la deuxième manifestation de l'abus, Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux, qui était essentiellement liée à la conduite de véhicule en état d'alcoolisation (5). Bien que sa performance en tant que critère soit discutée (6, 7), le craving sera rajouté comme onzième manifestation (8). Elle n'était jusque-là prise en considération que dans la CIM-10. La description du trouble lié à l'utilisation d'une substance totalisera ainsi 11 manifestations, et il faudra que le sujet en satisfasse deux pour autoriser le diagnostic. On distinguera deux niveaux de sévérité du trouble: modéré pour deux ou trois critères, et sévère au-delà de trois critères. L'un des avantages de cette nouvelle classification est

d'éviter les diagnostics orphelins, notamment les cas où seulement deux manifestations de dépendance étaient rencontrées, sans manifestation d'abus associée (9). Enfin, notons une dernière modification substantielle: l'apparition du diagnostic de syndrome de sevrage au cannabis, grand absent du DSM-IV.

L'OMS devrait bientôt débiter ses travaux pour préparer les révisions du chapitre sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de sa Classification internationale des maladies pour sa onzième édition (CIM-11), prévue en 2014. Le rapprochement entre DSM et CIM est plus que jamais à l'ordre du jour, des experts non américains de l'OMS ayant été invités à participer aux travaux sur la révision du DSM. Il est probable que la CIM adoptera les mêmes changements que ceux adoptés dans le DSM-5. Je pense que ce changement, bon ou mauvais, va bouleverser notre discipline. Après des années passées à nous débarrasser du terme d'alcoolisme au profit de celui de dépendance alcoolique, voilà qu'il va falloir à nouveau nous défaire de celui de dépendance au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Le nouveau diagnostic, dont on peut s'attendre à ce que la terminologie s'apparente finalement à conduite addictive, aura un seuil très bas, avec seulement deux manifestations parmi 11, mais nécessitera toutefois également une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative.

Les termes véhiculent des concepts. Clairement, la conception de l'abstinence comme unique voie de sortie du trouble ne pourra pas s'appliquer avec un seuil aussi bas. Le spectre du trouble s'élargissant vers des formes modérées, formes dont on sait que l'abstinence n'est pas absolument requise pour obtenir une rémission, les recommandations et stratégies thérapeutiques devront s'adapter aux cas particuliers ; nous quittons le catégoriel pour le dimensionnel. On ne pourra plus proposer une stratégie unique pour un diagnostic donné ; il sera nécessaire d'ouvrir les options thérapeutiques pour permettre aux patients de trouver leur voie en fonction de la sévérité de leur trouble. L'analyse de la NESARC a déjà confirmé que, bien qu'étant le mode de rémission le plus stable – et sans aucun doute préférable –, l'abstinence est loin d'être le seul mode de rémission stable sur le long terme chez les sujets ayant développé une dépendance à l'alcool selon le DSM-IV (10, 11). Avec l'adoption de la notion de dimensionnalité, on peut parier que le débat sur l'acceptation de l'abstinence complète comme préalable à tout progrès thérapeutique significatif va bientôt être derrière nous.

* Diagnostic and statistical manual of mental disorders, site: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

Références bibliographiques:

- (1) Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1976 ; 1 (6017): 1058-1061.
- (2) American Psychiatric Association. DSM-5 Development. 10 janvier 2010 (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).
- (3) Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry* 2004 ; 61: 891-896.
- (4) Borges G, Ye Y, Bond J, Cherpitel CJ, Cremonte M, Moskalewicz J et al. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction* 2010 ; 105 (2): 240-254.
- (5) Hasin D, Paykin A. Alcohol dependence and abuse diagnoses: concurrent validity in a nationally representative sample. *Alcohol Clin Exp Res* 1999 ; 23 (1): 144-150.
- (6) Cherpitel CJ, Borges G, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J et al. Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. *J Stud Alcohol Drugs* 2010 ; 71 (5): 674-684.
- (7) Mewton L, Slade T, McBride O, Grove R, Teesson M. An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data. *Addiction* 2010 Dec 16 ; doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03340.x.
- (8) Keyes KM, Krueger RF, Grant BF, Hasin DS. Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders. *Psychol Med* 2010 May 12: 1-12.
- (9) Gelhorn H, Hartman C, Sakai J, Stallings M, Young S, Rhee SH et al. Toward DSM-V: an item response theory analysis of the diagnostic process for DSM-IV alcohol abuse and dependence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 ; 47 (11): 1329-1339.
- (10) Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 2007 ; 31 (12): 2036-2045.
- (11) Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 2005 ; 100 (3): 281-292.

Article paru initialement dans *Alcoolologie et Addictologie* et reproduit avec l'aimable autorisation de la revue.

UN REGARD ANTHROPOLOGIQUE SUR LA PSYCHIATRIE

Dr Franceline James, psychiatre psychothérapeute FMH, praticienne en ethnopsychiatrie, Genève

L'auteur nous rappelle que les catégories diagnostiques sont toujours inscrites dans un contexte culturel donné. Les progrès en neurosciences qui occupent actuellement le devant de la scène ne devraient pas masquer la complexité de l'être humain et la nécessité d'un regard pluriel dans la prise en charge des personnes en souffrance.(réd.)

La psychiatrie, sous l'influence des neurosciences, se fonde actuellement sur l'hypothèse que les maladies psychiques sont dues à un déséquilibre dans le cerveau, qui concerne des éléments biologiques (neurotransmetteurs), cognitifs (organisation de la mémoire), psychologiques (distorsions cognitives et émotionnelles).

C'est l'anthropologie qui peut dès lors nous éclairer sur la question de l'addiction, en comprenant comment se sont construites nos pensées actuelles.

Malgré l'absence de combinaisons suffisamment fiables à partir des marqueurs biologiques, la psychiatrie contemporaine tente non plus de catégoriser des personnes «à risques», mais d'«abaisser le seuil de détection des pathologies psychiatriques», soit de détecter précocement des personnes pas encore malades mais susceptibles de «plonger dans la dépression» (Giannacopoulos).

Or cette tentative s'accompagne d'un changement de point de vue: on ne parle plus de «maladies psychiatriques» mais de «santé mentale», avec tout ce que ce concept comprend de normativité sociale. C'est ce qui ressort de la classification des maladies mentales, principalement le DSM, outil issu de la psychiatrie nord-américaine et utilisé dans le monde entier. Le DSM ne cesse, au cours de ses éditions successives, d'augmenter le nombre de catégories diagnostiques, qui deviennent de plus en plus floues et de moins en moins scientifiquement définissables. Le terme de «trouble» illustre cette évolution: un «trouble» est beaucoup plus difficile à définir qu'une maladie (Haynal).

Les «troubles addictifs» sont un exemple illustratif de cette évolution: cette catégorie diagnostique, vague, rassemble toutes sortes de difficultés autrefois classées différemment (alcoolisme, par ex.), et en incluent d'autres (jeu compulsif).

L'évidence saute aux yeux: la notion de normalité en psychiatrie est le produit d'une construction culturelle, qui implique plusieurs acteurs sociaux (en ce qui concerne les addictions: la médecine, les pharma, le politique, la société civile, les cartels de la drogue ...). A ce titre, les définitions produites sont éminemment changeantes, dépendant du contexte socioéconomique, du moment culturel, etc.

Ce qui n'a rien d'étonnant puisque les sciences humaines, contrairement aux sciences exactes, étudient un «objet humain» par définition imprégné par la culture, d'abord à travers le langage: la façon dont vous dénommez une réalité humaine est une façon de la construire tout en la désignant. «L'addiction» est le nom donné actuellement, en Occident, à un phénomène qui existe depuis l'aube de l'humanité.

Plus précisément: l'anthropologie a étudié l'usage des substances psychédéliques par les chamans du Nouveau Monde, existant depuis au moins 3'000 ans, comme en attestent les découvertes archéologiques, ethnologiques, linguistiques en Amérique. Mais les chasseurs paléo-sibériens, avec leur usage de substances psychédéliques, de boissons fermentées et de tabac, sont passés en terre américaine il y a 15'000 ans déjà. Et le chamanisme, religion des origines d'après les paléontologues, remonte à au moins 100'000 ans. Il a sans doute émergé avec l'humanité elle-même (Fuerst, Lewis).

Autrefois et aujourd'hui, le chaman fonctionne comme intermédiaire avec «l'autre monde», dont il s'agit de garantir la bienveillance à l'égard des humains. Dans le monde chamanique, l'usage de plantes est destiné à expérimenter un état de conscience non ordinaire, où se déchiffre la présence du sacré.

Il semble donc que depuis la nuit des temps, l'humanité ait différencié le «monde de l'objet», externe, connaissable, communicable, où la connaissance est de type scientifique; et le «monde du sujet», sacré, où s'exerce une connaissance de type intuitif, monde de l'expérience où se rencontre l'angoisse (devant la naissance, la douleur, la mort). Depuis la nuit des temps donc, l'homme sait qu'il est humain grâce à la possibilité d'accéder, au-delà du monde sensible, objectif, à une réalité «autre», qu'il considère comme sa «vraie nature».

Revenons à la question du début: la psychiatrie, en accord avec notre culture occidentale, «construit» comme on l'a vu un objet, «les addictions». La corrélation de cette construction est que les gens qui recherchent des états de conscience modifiés à l'aide de substances souffrent d'un trouble psychique, attesté en particulier dans les zones cérébrales responsables de la mémoire et de la prise de décision.

Mais l'hypothèse d'un déséquilibre dans le cerveau est elle-même le produit d'une construction hasardeuse. On observe que la prise de médicaments psychotropes entraîne une modification mesurable de certaines substances dans le cerveau (en particulier dopamine et sérotonine). On en déduit que le trouble serait dû à une insuffisance ou un excès de ces substances, alors qu'on a seulement observé l'effet des médicaments psychotropes ! (Haynal)

Or on n'a pas trouvé de troubles du fonctionnement des neurotransmetteurs chez les malades avant l'introduction d'une médication (Whitaker, cité par Haynal). En d'autres termes: si vous me dites que vous souffrez de la maladie du tricot et que je vous prescris un psychotrope, il va forcément y avoir ensuite dans votre cerveau des modifications mesurables des neurotransmetteurs (manque ou excès)... mais sans qu'on puisse affirmer pour autant que votre maladie du tricot est causée par cette modification !



Photo: Interfoto

Il me semble donc que l'addiction, comme trouble psychiatrique, est bien une construction occidentale. Dont les malades souffrent, évidemment ! Construction complexe, qui comprend plusieurs corrélats:

- Conformément à la rationalité scientifique qui gouverne notre pensée occidentale moderne, la question du rapport au sacré, la question du sens de l'existence, est évacuée.
- Sous l'influence des neurosciences, la vision du déterminisme neurologique de l'addiction (même s'il n'est pas le seul repéré) en fait une maladie dont l'origine est situable à l'intérieur de l'individu (dans son cerveau).

Par conséquent: soigner les victimes d'addiction passe par la prescription de substances pharmacologiques – et revoilà les pharma ! Ainsi se construit en Occident la vision des addictions comme maladie, qui concerne d'abord l'individu «fragile» et son intériorité (en l'occurrence: son cerveau). En tant que maladie, on considère que ce phénomène concerne évidemment au premier chef la médecine.

MÉDICALISER OU PRÉVENIR ?

La médicalisation de la question des addictions organise nécessairement les modes d'intervention d'abord en lien avec le projet de soigner les individus. Non qu'il s'agisse de minimiser leur souffrance, bien sûr ! Mais c'est favoriser l'évacuation des autres dimensions impliquées, en particulier collectives. Il n'est pas équivalent de traiter un toxicomane, y compris en proposant aussi une thérapie de famille et une réinsertion sociale (ce qui se fait couramment), ou de mettre autour d'une table des représentants du monde politique, du monde social, du monde médical, de la famille, pour discuter entre égaux de ce qui se passe pour un patient donné. «Egaux» parce que tous spécialistes d'un des aspects de la question complexe de la toxicomanie:

- Un tel présente tel trouble de l'imagerie cérébrale (d'où se déduit une pathologie de la prise de décision).
- Il n'a pas reçu un certain nombre d'étayages indispensables, sa famille étant coupée de ses appartenances originaires. Il s'agirait alors de travailler sur l'axe transgénérationnel et la question des transmissions.
- Il met en évidence la pathologie du monde du travail, axé sur des exigences de rentabilité. C'est le niveau politique qui devrait être interpellé en même temps dans la prise en charge.
- Il révèle les valeurs consuméristes dominantes de notre société. Les acteurs sociaux en présence doivent l'inclure dans leur lutte pour dénoncer ces valeurs inhumaines.
- Il est la démonstration vivante de la soumission du politique aux intérêts invouables de lobbies qui protègent le commerce de la drogue.
- Etc !

Mais médicaliser la question de l'addiction, c'est hiérarchiser ces différents points de vue, en les subordonnant tous à la lecture médicale et individuelle de la question.

La psychiatrie ne saurait à elle seule s'occuper de prévention dans un domaine aussi complexe que l'addiction. Elle s'approprierait alors la totalité de la définition de l'addiction et de son traitement. Il s'agirait bel et bien d'une psychiatrie de la société au nom de la science, placée ainsi en position d'absolu (qui prétend décrire «la réalité en soi» plutôt que le produit d'une construction culturelle, relative).

C'est la même chose en médecine somatique, par exemple avec la tuberculose: on soigne bien une maladie, en attaquant le bacille de Koch avec les antibiotiques appropriés. Pour autant, la prévention de la tuberculose ne relève pas du domaine médical, mais concerne des questions de salubrité publique, de conditions sociales, etc.

Prévenir, en psychiatrie encore plus qu'en médecine, ne peut se faire qu'en complexifiant. Faire entrer sur la scène d'autres acteurs sociaux que les médecins. Et avant les médecins ! Ceux-ci n'étant qu'un élément du dispositif, partenaires des autres partenaires et non pas «spécialistes» auxquels les autres seraient subordonnés.

C'est ainsi que la psychiatrie pourrait, me semble-t-il, être utile au corps social: en dénonçant les causes sociales, externes, qui contribuent à rendre malade. Et en n'oubliant jamais que les victimes d'addiction sont peut-être là pour nous rappeler des questions oubliées, sur le sacré et le sens de la vie.

Ce serait aussi, au passage, une manière de ne plus nous considérer comme les rats des neurosciences...

Bibliographie:

Fuerst P. «La chair des Dieux», Paris, Seuil, 1974.

Lewis I M. «Les religions de l'extase», Paris, PUF, 1977.

«Psychiatrie: les enjeux du tournant préventif», interview du Pr Giannacopoulos, journal Le Courier, 09.05.2011.

Haynal A. «Critique des bases de la psychiatrie actuelle», revue Psychothérapies, 2011, 31 (4): 227-232.

Séances d'information



Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz



Formations continues postgrades HES et universitaire 2012

- DAS en Action communautaire et promotion de la santé
- DAS en Santé des populations vieillissantes
- CAS en Interventions spécifiques de l'infirmier-ère en santé au travail
- CAS en Liaison et orientation dans les réseaux de soins
- CAS en Intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques professionnelles de la santé
- DHEPS Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales
- CARA Certificat d'aptitude à la recherche-action

Les mardis 10 janvier, 7 février, 13 mars, 15 mai, 12 juin, 11 septembre et 30 octobre 2012 à 18h.

Pour de plus amples renseignements, consultez notre site Internet www.ecolelasource.ch

Institut et Haute Ecole de la Santé

La Source
Lausanne



Av. Vinet 30 – 1004 Lausanne
Tél. 021 641 38 00
www.ecolelasource.ch

LE TRAVAIL SOCIAL EST-IL OUTILLÉ POUR GÉRER LES QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE ?

Dominique Quiroga-Schmider, ancienne professeure HES en Travail social, Genève

La médicalisation du social est non seulement due aux progrès diagnostics mais également à l'évolution de la répartition des financements des prestations. Cette question est non négligeable lorsqu'on observe l'évolution de l'intervention sociosanitaire. Celle-ci se trouve parcellisée, dans une société où seuls les troubles aigus sont pris en charge par l'hôpital, où la médication est généralisée, alors que le travail social doit lutter pour faire reconnaître sa mission première: créer et restaurer du lien. (réd.)

Au travers des études de clientèles, des statistiques des services, des rapports d'activité, et des pré-occupations récurrentes exprimées par les professionnels, la présence de troubles psychiques chez les personnes fréquentant les services d'aide et soins semble en constante augmentation et en aggravation.

SERAIT-ON AUJOURD'HUI PLUS VULNÉRABLE DANS SA SANTÉ MENTALE QU'HIER ?

À l'heure de la détection précoce, les troubles psychiques sont-ils en augmentation ou est-ce notre perception qui a profondément changé ?

Hier...

Dans les années 70 au sein des services sociaux, la question ne se posait pas ! La psychiatrie et ses terminologies restaient un autre univers, passablement distant et fermé. Les troubles psychiques ne faisaient pas partie de nos indicateurs statistiques et nous portions un regard beaucoup moins médicalisé sur les clients, leurs situations et leurs comportements. Il s'agissait surtout de les cerner dans une démarche d'évaluation partagée avec les intéressés et centrée sur leurs ressources face aux problèmes identifiés, pour ensuite les résoudre ou du moins les endiguer au mieux.

Les institutions sociales publiques et les associations ainsi que les services privés étaient subventionnés sur la base d'une mission générale et d'un budget global de fonctionnement.

La prise en charge des exclus et des mis en marge, la définition de leurs besoins et les réponses à apporter, étaient ainsi largement déléguées à la gestion des travailleurs sociaux et des associations, en une sorte de contrat-confiance, voire même de chèque en blanc sous condition de relative tranquillité publique.

Aujourd'hui...

Ces deux dernières décennies, les questions sociosanitaires sont devenues des questions politiques sensibles, progressivement coincées entre coûts de la santé et réduction des budgets de l'Etat ... et leur financement, une patate de plus en plus chaude sur fond de ventilation comptable LAMAL, AI ou Assistance Cantonale !

Dans un contexte de réduction des charges budgétaires dévolues à l'Etat, la gestion des problématiques sociosanitaires vise avant tout à en réduire les coûts, à attribuer chaque centime versé à une intervention balisée et certifiée efficiente dans un plan quadriennal, et si possible même, à transférer ledit centime sur un autre budget que le sien.... ! Le regard porté sur la clientèle des services d'aide et soins et la pensée comptable sont deux éléments qui se tricotent ensemble, et cette trame a littéralement dopé notre tendance à médicaliser toute problématique sociale. Car mettre en exergue une facette plutôt médicale, permet aussi leur prise en charge par la LAMAL. La facette sociale des problématiques, elle, restant généralement à charge des budgets cantonaux.

UNE ÉVOLUTION DES REGARDS...

Dans cette évolution des regards portés sur les problématiques sociosanitaires, d'autres facteurs entrent bien sûr également en ligne de compte et viennent influencer sur les pratiques actuelles.

Une «démocratisation» des diagnostics:

Les diagnostics ont certainement permis une importante avancée dans la compréhension et la lisibilité des troubles psychiques, et donc aussi dans la reconnaissance du statut de malade et de la légitimité des aides et soins pour des personnes en souffrance.

Dépression et stress au travail sont aujourd'hui identifiés comme étant les problèmes majeurs de santé mentale dans nos sociétés «new public managées» et supra-développées. Concernant la dépression, qui vient vider peu ou prou ceux qu'elle touche d'une grande part de leur énergie et de leur capacité à faire face aux événements de la vie, elle toucherait environ un tiers de la population une fois dans leur vie. Au vu de l'ampleur des coûts directement ou indirectement générés, c'est un enjeu de santé publique qui fait maintenant partie des axes prioritaires de la Confédération et de la plupart des cantons.

En matière de troubles psychiques et concernant les diagnostics posés, les associations d'usagers regroupant des patients souffrant de telle ou telle affection (schizophrénie, troubles bipolaires, TOC, notamment) témoignent souvent de trajectoires de santé traversées par plusieurs diagnostics successifs, égrenés au fil du temps, et de la difficulté à en cerner précisément les contours.

Il suffit par ailleurs de suivre l'état des récents débats à propos du futur DSM V pour poser sur toutes ces appellations un œil pragmatique. Les vives controverses quant à l'apparition de nouvelles catégories et la disparition de certaines autres, démontrent de façon éclatante que le consensus qui paraît faire vérité, est avant tout une question de convergence de points de vue, eux-mêmes à situer dans un contexte sociétal ... Et qu'à certains moments, certains d'entre eux pèsent bien plus lourd que d'autres !

Comme toute bonne chose, les diagnostics sont dès lors à prendre avec passablement de prudence. Ce d'autant qu'ils contribuent également à une définition aisément stigmatisante des personnes, source de souffrance et de vulnérabilité.

Une banalisation des traitements médicamenteux

Sur le plan des traitements, les médications et les prescriptions se sont affinées, et cherchent aujourd'hui à limiter leurs lourds effets secondaires (incroyablement banalisés jusque-là !), et à prendre en compte plus finement les particularités individuelles. Grâce aux droits des patients, ces derniers ont maintenant une voix et doivent consentir au traitement proposé de façon «éclairée» - donc être préalablement informés des stratégies de soins possibles. Cette évolution est réellement à saluer, même si bien du chemin reste encore à faire !

Mais la médication s'est également «démocratisée»: on recourt aujourd'hui si aisément aux psychotropes pour soulager notre quotidien et gérer les souffrances que celui-ci

peut générer, que rares sont aujourd'hui, dans la clientèle des services sociaux, les personnes en difficulté qui ne sont pas médicamenteuses peu ou prou.

Sous l'angle des pharmas, la santé mentale est un intéressant marché...

Une autre gestion des problèmes mentaux aigus

L'hôpital s'est ouvert sur la cité. L'avancée des droits des patients est venue grandement limiter leur mise à l'écart et les traitements forcés. Un plus grand consensus sur les causes (multifactorielles !) des troubles mentaux, une meilleure détection des facteurs de risque et une notable avancée des traitements, ont permis de favoriser ce mouvement. Les associations de proches et d'usagers ont initié

des perméabilités, créant des contrepoids en conquérant dans certains cantons un statut d'interlocuteur reconnu, et briguant même ici et là celui de partenaire dans une politique des soins pour œuvrer ensemble à une meilleure inclusion et prise en compte des personnes concernées. Dans une évolution humaniste à saluer, le regard sociétal porté sur la maladie psychique et sur les personnes qui en souffrent a ainsi considérablement changé ! Par ailleurs, réduction des coûts hospitaliers oblige, les durées d'hospitalisation se sont considérablement raccourcies pour ne plus couvrir (et parfois à grand peine) que le strict moment

de la crise, misant sur l'ambulatoire pour l'essentiel du traitement. La gestion des problèmes mentaux aigus s'est ainsi en bonne partie déplacée sur les autres structures d'aide et de soins, et sur la société civile.

Dans les structures d'accueil et d'aide...

Les situations identifiées comme liées à des problèmes de santé mentale ont de tout temps été perçues comme épineuses et inquiétantes, car échappant potentiellement à tout contrôle. Les troubles psychiques - la folie ! - nous renvoient ainsi immanquablement à une crainte, un risque de basculement, et dans le regard porté par les professionnels, au risque d'acting auto ou hétéro agressif. Mais que ce soient des problèmes de non emploi, une souffrance au travail, un échec scolaire ou de formation, une perte de liens dus à l'exil ou la migration, des galères pour décrocher un logement, des difficultés financières, l'isolement et la solitude affective, des conflits ou de la violence au sein du couple ou de sa famille... les difficultés de vie rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques restent fondamentalement de même nature que pour tout un chacun, hormis certainement leur bien plus grande sensibilité et vulnérabilité !

**...à chaque prise de
décision qui les fait
un peu sortir du
bois, nombre d'in-
tervenants [...] se
sentent surtout
attendus
au contour !**

LES PROFESSIONNELS DU SOCIAL SONT-ILS OUTILLÉS POUR GÉRER LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ?

Accompagner des humains aux trajectoires de vie parfois bien malmenées vers une plus grande qualité de vie et une meilleure inclusion dans la société est certainement une compétence centrale du travail social. De par leur formation polyvalente et sur la base d'une expérience construite sur des décennies, les intervenants sociaux sont particulièrement à même d'aborder et accompagner globalement une personne, une famille ou une communauté dans leur trajectoire de vie, avec ses particularités et ses difficultés. Ils savent aider ceux-ci à tisser des liens, à retrouver, mettre en valeur et développer leurs ressources personnelles, relationnelles et sociales dans un contexte de vie toujours en évolution. Ce sont des généralistes outillés pour penser en termes de trajectoires et réfléchir au sens global de leur action.

Les défis actuels

Dans l'univers de parcellisation des interventions qui prévaut aujourd'hui, le premier défi est de préserver cette approche généraliste indépendamment de sa faible valorisation symbolique et marchande, sans l'amoindrir au fil des formations continues et des spécialisations.

Car cette particularité garde toute sa valeur dans les interventions à plusieurs et même au sein d'équipes les plus spécialisées: elle permet de se saisir au quotidien de toute opportunité pour entrer en relation, engager un projet, restaurer un lien...

Dans l'accompagnement de personnes en souffrance psychique, c'est aux différents professionnels à s'adapter pour aller à la rencontre de ceux qu'ils veulent soutenir, parce que ceux-ci justement ne le peuvent pas, momentanément ou plus durablement.

Là est le challenge: l'adéquation et l'efficacité de l'intervention va se mesurer à la capacité des services et des professionnels à tisser ensemble juste ce dont l'autre a besoin dans le moment, ainsi que la manière particulière qui va lui permettre de s'en saisir pour reprendre pied dans sa vie, passer l'obstacle ou composer avec l'adversité.

Dans les témoignages rétrospectifs des usagers sur leur parcours de vie, ce qui vient le plus souvent «faire la différence» et leur permettre de rebondir, c'est la qualité et la durabilité des liens tissés en ressources partagées avec d'autres: travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, intervenants bénévoles, associations d'entraide, proches et personnes concernées.

Avec les personnes en souffrance psychique peut-être encore plus qu'ailleurs, les différents professionnels doivent être capables de sortir s'il le faut des sentiers battus, et fabriquer du cousu main dans un univers de plus en plus normé, balisé, standardisé.

Les professionnels d'aujourd'hui peuvent-ils et osent-ils encore sortir d'un cadre trop étroitement prescrit et s'engager ? Car la démarche engage à la fois leur responsabilité institutionnelle et individuelle, et s'engager c'est aussi potentiellement s'exposer !

En ces temps frileux visant à tout niveau le risque zéro, la question mérite d'être posée.

Pour relever le défi, il leur faut un solide sentiment de compétence ancrée dans l'expérience acquise bien sûr, mais aussi une reconnaissance par les pairs et une conviction de pleine légitimité sociale. Hors les signes tangibles de cette dernière souvent bien ténus: à chaque prise de décision qui les fait un peu sortir du bois, nombre d'intervenants, d'équipes et de directions de services sociosanitaires se sentent surtout attendus au contour !

Le rôle du travail social n'est pas tant la gestion des problèmes sociaux ou des problèmes de santé mentale, que de créer en lien avec d'autres, des ressources et des contreponds nécessaires au fonctionnement démocratique partout où cela se révèle judicieux.

L'enjeu reste de tisser du collectif, de développer les pratiques réellement interdisciplinaires, créatrices d'espace où chacun, professionnel du social ou de la santé, intervenant ou usager, puisse se sentir partenaire, reconnu et capable d'inventer.

Et, aujourd'hui plus que jamais, le challenge des différents intervenants est de mener ensemble un compagnonnage engagé aux côtés des personnes et des communautés les plus vulnérables, pour leur réelle prise en compte et une meilleure qualité de vie au sein de la société... Même s'il faut pour cela oser, risquer, et défendre ensemble quelques contre-courants... !

Courriel:

dominique.quiroga@gmail.com

POST-SCRIPTUM

TESTS DE DÉPISTAGE DE DROGUES DANS LES ÉCOLES ET LES ENTREPRISES

Maude Waelchli, Psychologue, Service de Psychiatrie communautaire, Commission d'éthique clinique de l'Hôpital Riviera et de l'Hôpital du Chablais et Olivier Simon, médecin psychiatre, SSAM, Service de psychiatrie communautaire, Lausanne

Problématiques sur le plan éthique, mais aussi sur le plan juridique, les tests de dépistage de substances psychoactives en milieu scolaire et en milieu professionnel renvoient d'abord et avant tout à un examen d'aptitude. Celui-ci est du ressort de l'intervenant médical, sous couvert des garanties d'adéquation, de pertinence et de proportionnalité des moyens d'évaluation mis en œuvre, ainsi que des règles relatives au consentement et à la confidentialité.

INTRODUCTION

Les tests de dépistage de drogues sont parfois utilisés dans les contextes scolaire et professionnel pour vérifier si un élève ou un collaborateur a consommé des substances illicites. Cette pratique soulève des questionnements multiples. Au niveau éthique, au niveau juridique, mais également en ce qui concerne l'efficacité de la mesure et la signification des résultats obtenus. Même en admettant que ces questions pourraient être résolues par les dispositions de droit constitutionnel qui encadrent strictement toute atteinte à la protection de la personnalité, des questions demeurent. Quelles seront les conséquences si un collaborateur refuse de se soumettre à ce test ? Quelles seront les sanctions concrètement envisageables pour un élève positif au test du cannabis ? Que souhaite-t-on mesurer au juste avec un test de dépistage ? Quelles informations nous donne-t-il à propos de la fréquence et de la modalité de consommation de substances illicites ?

L'objectif de cet article est de faire le point sur les pratiques et réflexions au sujet de l'usage des tests de dépistage dans les milieux scolaire et professionnel en Suisse. Après un bref état des lieux, nous considérerons les documents rédigés par le préposé fédéral à la protection des données et les réactions de plusieurs associations professionnelles concernées par le domaine des dépendances. Nous présenterons ensuite les récentes recommandations de la Plateforme éthique du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe). Nous terminerons par quelques réflexions critiques vis-à-vis du contexte helvétique.

LA SITUATION EN SUISSE

Il n'existe actuellement pas de bases légales spécifiques encadrant la pratique des tests de dépistage de drogues. Par contre, le Préposé fédéral à la protection des données a publié différents communiqués officiels à propos de la pratique des tests de dépistage, notamment pour ce qui concerne les personnes en cours d'apprentissage. Il rappelle à ce sujet, dans un rapport de 2001¹, que seul un intérêt prépondérant en matière de sécurité ainsi que le consentement de l'apprenti peuvent justifier de tels tests. Si l'intérêt en matière de sécurité n'est pas prépondérant, la protection immuable de la personnalité passe avant les autres intérêts de l'employeur. Dans ce texte, il est également rappelé que seule la répétition d'un test peut fournir des résultats fiables.

Le groupe de travail qui a rédigé le rapport de 2001 ainsi que différentes associations professionnelles du domaine de l'addiction ont en outre souligné à plusieurs reprises que la pratique des tests de dépistage présente un caractère répressif sans offrir de solution globale au problème de la toxicodépendance et sans donner d'informations sur la situation spécifique de la personne qui a consommé^{2,3,4}. En effet, un résultat positif indique seulement que la personne peut avoir consommé une substance illicite, mais ne donne aucune information sur le moment de la consommation, sa fréquence, sa modalité. L'ensemble des documents rédigés au sujet de la pratique des tests de dépistage rappellent leurs limites en termes de fiabilité.

¹ Préposé fédéral à la protection des données, en collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la Justice 2001.

² SSAM, ISPA, Fachverbandsucht, GREA, 2008.

³ Simon 2008.

⁴ Office fédéral de la santé publique, 28.6.2008.

LES TESTS DE DÉPISTAGE EN MILIEUX PROFESSIONNEL ET D'APPRENTISSAGE

En préambule du rapport précité, il est souligné que:

«Le contrôle urinaire, qui est un acte médical, constitue une atteinte à la personnalité et présuppose donc l'existence d'un motif justificatif ainsi qu'une réglementation spécifique fixant les conditions dans lesquelles un test peut être ordonné, les modalités d'exécution et les dispositions relatives au traitement des données»⁵.

L'article 36 de la Constitution suisse rappelle les conditions de restriction d'un droit fondamental, à savoir: l'existence d'une base légale, la justification par l'intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui, et le caractère proportionné au but visé. Dans ce contexte, il peut apparaître licite de proposer des tests de dépistage aux professionnels des transports, de la construction et à ceux qui manient des substances dangereuses, s'ils consentent à cette pratique. Dans ces professions, la violation d'une norme de sécurité peut mettre en danger la vie de l'employé ou d'un tiers. Toutefois, en l'absence de bases légales spécifiques en la matière, le groupe de travail qui a rédigé le rapport de 2001 rappelle fermement l'exigence d'obtenir le consentement de la personne concernée. Pour que la personne puisse valablement consentir au test, elle doit être informée du but, des modalités et des conséquences de la procédure. Si toutefois l'intérêt en matière de sécurité n'est pas prépondérant, la protection de la personnalité passe avant les intérêts de l'employeur et le test ne doit pas être effectué, même si le collaborateur donne son accord⁶.

Le rapport de 2001, conformément aux lois encadrant le secret professionnel, rappelle en outre que le médecin qui effectue le test ne peut transmettre à l'employeur que l'aptitude de la personne à occuper le poste en question.

Dans un communiqué de 2003, la Commission fédérale de la protection des données (CFPD) a confirmé la position du PFPDT de 2000 selon laquelle le dépistage généralisé de drogues auprès de tous les apprentis d'une entreprise est illicite⁷.

En mai 2007, le PFPDT a recommandé aux CFF de fixer des valeurs-limites claires pour les tests de dépistage de drogue et d'alcool qu'ils proposent à leurs collaborateurs pour des

raisons de sécurité. Il invitait également les CFF à ne pas traiter les données des personnes présentant un taux inférieur à la valeur limite, notamment pour ce qui concerne les éventuelles consommations hors du travail. En juillet 2007, les CFF ont publié un communiqué de presse pour affirmer qu'ils continueraient de procéder à des tests de dépistage de drogue auprès de leurs candidats collaborateurs qui souhaitent exercer des fonctions de sécurité. Ces tests sont effectués à l'embauche et peuvent être, le cas échéant, répétés en cas de soupçon fondé de consommation. Les CFF ont refusé de fixer des valeurs-limites, estimant que cette tâche ne leur incombait pas.

En août 2007, le PFPDT a donc demandé à l'Office fédéral des transports de fixer des valeurs-limites contraignantes pour les tests relatifs à la consommation de drogues et d'alcool auprès du personnel des entreprises des transports publics⁸. Le but de cette requête était «d'une part de fixer, dans l'intérêt de la clientèle, des valeurs-limites pour toutes les substances susceptibles de mettre en péril la sécurité du trafic, et d'autre part d'obtenir des CFF qu'ils ne traitent plus les données relatives à la consommation de drogues des employés pendant leurs loisirs si leur aptitude à la conduite n'est pas affectée durant leur service»⁹. En 2008, l'Office fédéral des transports a communiqué que serait appliquée une politique de tolérance zéro pour les mécaniciens de locomotive et pour les agents de train¹⁰.

LES TESTS DANS LE CONTEXTE SCOLAIRE

Globalement, le dépistage effectué par le médecin scolaire est une mesure «de prévention secondaire qui vise à améliorer la situation sanitaire de la personne concernée. Mais elle n'a de sens qu'à condition qu'on puisse mettre en place des mesures qui puissent agir dans ce sens. Cette condition n'est pas toujours respectée. Les dépistages ont pu servir à la mise à l'écart de groupes indésirables.»¹¹

En ce qui concerne plus particulièrement le dépistage de consommation de substances illicites, la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM), l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA)¹², le Fachverband Sucht (FS) et le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA) ont publié une déclaration commune au mois d'avril 2008 à propos de la pratique de tests de dépistage de drogues à l'école.

⁵ Préposé fédéral à la protection des données, en collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la Justice 2001, p. 1

⁶ Préposé fédéral à la protection des données, en collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la Justice 2001, p. 8 et 10.

⁷ Confédération suisse 2003

⁸ Confédération suisse 2007.

⁹ Confédération suisse 2007.

¹⁰ Confédération suisse 2008.

¹¹ Klaue et Michaud, 2003, p. 29.

¹² L'ISPA a changé de nom et s'appelle depuis 2010 Addiction Info Suisse.

«Contrairement à l'apparence, de telles mesures ne peuvent pas répondre de manière efficace au problème préoccupant de la consommation de substances durant la scolarité. Les professionnels actifs dans le champ des addictions prennent donc vigoureusement position contre le recours aux tests de dépistage en milieu scolaire, et dénoncent les moyens insuffisants alloués aux professionnels de la santé intervenant à l'école.»¹³

Le repérage des situations à risque via d'autres indices que les données biologiques est encouragé, en insistant sur l'importance du dialogue, ainsi que sur la nécessité «d'éviter les situations ambiguës et humiliantes liées au climat de suspicion généré par les tests.»¹⁴

Dans certaines écoles privées de Suisse romande¹⁵, les tests de dépistage ont été effectués dans le but d'exclure les élèves positifs au test, afin de garantir l'illusion d'une structure scolaire «sans drogue». Comme soulevé plus haut, il est légitime de se demander dans quelle mesure la situation personnelle des élèves exclus pourrait se trouver améliorée par cette mesure de dépistage et par la sanction attribuée.

L'Association des médecins de Genève a d'ailleurs envisagé des sanctions pour les médecins qui participeraient à des tests de dépistage non volontaires auprès d'élèves et d'apprentis¹⁶. L'ISPA et l'OFSP ont de leur côté édité en 2004 la brochure École et cannabis, document qui propose des stratégies d'intervention qui excluent le recours à l'utilisation de tests de dépistage¹⁷.

Il semble ainsi difficile de définir dans quelle mesure la pratique de tests de dépistage de drogues à l'école pourrait amener des bénéfices aux écoliers et aux élèves qui devraient s'y soumettre. En l'absence de preuves des effets positifs ou de l'efficacité préventive d'une telle mesure, d'autres stratégies de communication et de prise en charge semblent s'imposer.

LES RÉFLEXIONS DE LA PLATEFORME ÉTHIQUE DU GROUPE POMPIDOU

Le Groupe Pompidou est un organe intergouvernemental multidisciplinaire réunissant des experts de différents pays européens œuvrant pour la lutte contre l'abus et le trafic de drogues. Il est intégré au Conseil de l'Europe. La plateforme sur les questions éthiques et déontologiques du Groupe Pompidou a rédigé un avis sur la pratique des tests de dépistage dans les milieux scolaire et professionnel¹⁸, dont nous résumons ici les grandes lignes.

Les débats [...] ont été et seront récurrents sous la double pression d'une attente du public et de l'existence d'un marché lucratif...

En préambule, le groupe d'experts rappelle que «l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme garantit le droit au respect de la vie privée et familiale de tout individu. Il stipule qu'il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique est nécessaire à (...) la protection de la santé ou à la protection des droits et libertés d'autrui.»¹⁹

La plateforme estime que le **dépistage en milieu professionnel** peut s'apparenter à une intrusion dans la vie privée

du travailleur, même si la dangerosité consécutive au fait d'être sous l'emprise d'une substance psychoactive pourrait éventuellement justifier un tel dépistage. Le groupe de travail préconise, à cet égard, que les Etats se dotent de règles communes pour définir les métiers à risque ainsi que la mise sur pied de protocoles communs pour l'évaluation de l'aptitude des travailleurs à occuper leur poste à un moment donné. Il est également avancé que le principe de précaution ne justifie pas à lui seul la violation du secret professionnel, mais peut légitimer un renvoi à la médecine du travail en cas de doute sur l'aptitude d'un employé tout en préservant la confidentialité et le respect de la vie privée du collaborateur. De simples tests ne sauraient remplacer la mise en place de systèmes de sécurité qui permettent de remplacer un collaborateur inapte au travail au pied levé, comme par exemple la présence d'un copilote. La plateforme encourage ainsi les Etats à se pourvoir d'une législation sur une médecine du travail indépendante et liée par le secret professionnel.

¹³ SSAM, ISPA, *Fachbandversucht*, GREA, 2008.

¹⁴ SSAM, ISPA, *Fachverbandsucht*, GREA, 2008.

¹⁵ Klaue et Michaud, 2003.

¹⁶ Guinchard, 2000.

¹⁷ OFSP, ISPA, 2004.

¹⁸ Groupe Pompidou, *Comité sur les questions éthiques et déontologiques*, (2008). *Le dépistage des drogues en milieu scolaire et en milieu professionnel*. Strasbourg.

¹⁹ Groupe Pompidou, 2008, p. 1.

En ce qui concerne plus spécifiquement le **dépistage à l'embauche**, la plateforme estime qu'il représente une atteinte d'autant plus grave aux droits fondamentaux que toutes les conventions internationales reconnaissent en principe le droit pour chacun au travail et l'interdiction de la discrimination à l'embauche. Constatant qu'un candidat collaborateur consomme parfois des substances illicites ne permet en effet pas de prédire qu'il se rendra un jour au travail sous l'emprise de telles substances. Le groupe de travail souligne les risques concrets de stigmatisation et de discrimination découlant de la pratique des tests de dépistage à l'embauche, et rappelle par ailleurs que l'absence d'emploi peut devenir un élément déclencheur d'une consommation problématique. Les membres de la plateforme estiment qu'il y aurait lieu d'interdire la pratique de tests de dépistage à l'embauche et souhaitent une réglementation claire en la matière.

Concernant la pratique de tests de **dépistage en milieu scolaire**, les membres de la plateforme des questions éthiques et déontologiques du Groupe Pompidou soulignent en premier lieu l'absence de lien confirmé entre ce genre de pratique et son éventuelle fonction de prévention. Ils relèvent le risque de stigmatisation et d'exclusion qui pourrait découler de cette pratique, sans que cela n'apporte aucun avantage aux étudiants, aux élèves ou aux apprentis en termes de ressources.

Ils rappellent également la mission pédagogique des enseignants et des structures scolaires, censées contribuer au développement des connaissances et soutenir l'élève dans le processus de maturation. Ils pointent la fonction policière qui serait attribuée au milieu éducatif si des tests de dépistage étaient effectués dans les écoles. Au contraire, ils soutiennent et encouragent la mise en place de méthodes de prévention visant la réduction des dommages, dont de nombreux travaux ont prouvé une efficacité supérieure par

rapport aux campagnes de promotion d'abstinence²⁰. Les experts concluent leur avis en soulignant que le principe de précaution ne peut pas justifier ce qu'ils estiment être une véritable atteinte à l'intégrité des élèves.

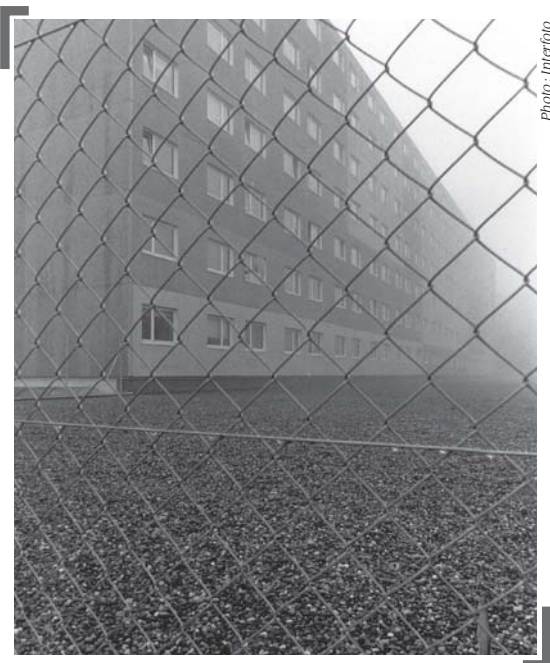
La plateforme du groupe Pompidou émet dans son rapport douze recommandations concernant la pratique des tests de dépistage en milieu scolaire. On note en particulier les éléments suivants²¹:

- «Tout établissement d'enseignement devrait disposer d'un service multidisciplinaire (par exemple, médecin, infirmier, psychologue, travailleur social) auquel un élève peut faire appel lorsqu'il est en difficulté ou auquel on peut l'adresser. Il n'est effectivement pas indiqué que l'enseignant doive assumer seul le double rôle d'enseignant et d'aidant.»
- «Il n'existe à ce jour aucune preuve pédagogique de l'efficacité des tests de dépistage dans les écoles en tant que méthode de prévention de l'usage et de l'abus de drogues.»
- «Les instances responsables des politiques de lutte contre la drogue à l'école, y compris les représentants des parents d'élèves, doivent être informés, à tous les niveaux, des données et du débat sur les tests de dépistage à l'école et des stratégies de prévention efficaces contre la drogue, devant pouvoir accéder à des informations fiables et documentées sur l'organisation des actions de prévention, leurs résultats, déroulement et efficacité.»

ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Il émerge des prises de position des différents professionnels intervenant dans le domaine des dépendances un consensus et un positionnement opposé à la pratique des tests de dépistage, notamment en ce qui concerne le milieu scolaire, le dépistage à l'embauche et celui pour les professions «non à risque».

On constate cependant une pression récurrente des fabricants de tests de dépistage. La proposition d'utilisation de ces tests accrédite une perception de l'addiction comme d'un agent infectieux qu'il suffirait d'éradiquer, omettant le fait que la contagion est un phénomène passif alors que la consommation d'une substance repose sur une démarche fondamentalement active. En promouvant leur produit et en le rendant d'accès aisé via internet, les industriels s'appuient sur le caractère intuitivement (et illusoirement) pertinent des tests de dépistage.



²⁰ W.H.O., 2002.

²¹ Groupe Pompidou, 2008, pp. 62-63.

²² Klaue et Michaud, 2003.

Ces efforts de promotion peuvent aller jusqu'à encourager l'utilisation des tests au sein de la famille ou, dans certains pays, auprès des compagnies d'assurances. Dans cette perspective, l'industrie peut compter sur la réceptivité des médias, des intervenants politiques et du public.

En Suisse, la situation en matière de médecine scolaire est très variable d'un canton à l'autre. Les écoles ne sont pas systématiquement dotées du support de professionnels sociosanitaires pouvant recadrer ce genre de demandes, et être une ressource au quotidien dans la gestion de situations de doutes quant à la consommation de stupéfiants de la part d'élèves, étudiants ou apprentis²².

En ce qui concerne la collaboration avec la médecine du travail, il convient de rappeler que le médecin référent est lié par le secret professionnel. En cas de tests de dépistage pour les professions «à risque» et avec le consentement du collaborateur, il n'est autorisé qu'à communiquer l'aptitude au travail à un moment donné. La question du consentement, dans le contexte du lien avec l'employeur, est toutefois sujette à caution. Afin de prévenir des situations de pression et/ou de chantage, le préposé fédéral à la protection des données a estimé que le seul consentement du collaborateur ne suffisait pas et devait s'accompagner d'un intérêt public prépondérant.

L'analyse des pratiques et des documents d'experts dans le contexte suisse souligne la nécessité d'asseoir les tests sur une base légale et sur une analyse de la proportionnalité de la mesure envisagée. En contrepartie, on note cependant que le caractère strictement nécessaire et la question de l'efficacité a priori de la mesure, ne sont que rarement interrogés. De plus, une telle mesure, dès lors qu'elle est mise en œuvre devrait, selon les principes du droit international public (Principes de Syracuse), être limitée dans le temps et faire l'objet d'une réévaluation périodique. Il s'agit de s'assurer régulièrement que l'ensemble des conditions qui ont motivé la mesure à un moment donné sont toujours d'actualité, ce qui inclut l'évaluation de l'efficacité, a posteriori. Force est de constater qu'une telle réévaluation n'a pratiquement jamais lieu et que les restrictions prises à un moment donné ont de ce fait une fâcheuse tendance à échapper par la suite à toute remise en question, sinon celle de leur extension.

Les débats au sujet des tests ont été et seront récurrents, sous la double pression d'une attente du public et de l'existence d'un marché lucratif des tests. Ici comme dans d'autres domaines des addictions, l'intervenant doit contribuer de manière proactive à la compréhension du public quant aux alternatives de prévention, fondement de l'analyse des principes de nécessité et de proportionnalité dans un état de droit.

Bibliographie:

Confédération suisse (2003): Le dépistage systématique de la drogue auprès de tous les apprentis d'une entreprise est illicite. Communiqué de presse, 11.11.2003

Confédération suisse (2007): Tests relatifs à la consommation de drogues aux CFF: la Confédération doit fixer des valeurs-limites. Communiqué de presse, 08.08.2007.

Confédération suisse (2008): Tolérance zéro pour les drogues et l'alcool chez les mécaniciens de locomotive – l'OFT fixe les limites. Communiqué de presse, 13.05.2008.

Groupe Pompidou - Comité sur les questions éthiques et déontologiques (2008): Le dépistage de drogues en milieu scolaire et en milieu professionnel. Strasbourg: Conseil de l'Europe.

Guinchard J.M. (2000). Dépistage non volontaire de drogues: on remet ça ! Lettre de l'AMG, 6.

Klaue K., Michaud P-A. (2003). Le médecin scolaire en questions. Quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ? Lausanne, Raisons de santé.

Préposé fédéral à la protection des données, en collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la Justice (OFJ) (2001): Rapport sur les tests de dépistage de la consommation de drogues durant l'apprentissage. Berne.

Office fédéral de la santé publique (28.6.2008): Tests de dépistage dans les écoles ? Communication aux médias.

Office fédéral de la santé publique OFSP, Institut suisse pour la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA (2004). École et cannabis. Règles, mesures et détection précoce. Berne.

Simon O. (2008): Refus du dépistage urinaire ou salivaire des drogues à l'école: la position de la SSAM. Bulletin des médecins suisses, 89(32): 1353-1355.

SSAM, ISPA, Fachverband Sucht, GREA (2008): Tests de dépistage des drogues à l'école: la position des professionnels. Communiqué de presse, 17.4.2008.

W.H.O. (2002): Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention. Genève.

Courriels:

maude.waelchli@chuv.ch
olivier.simon@chuv.ch

FORMATION ADDICTIONS



FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS

Cette formation aborde les effets biologiques et neurologiques des produits et des comportements sur la personne ainsi que les raisons intimes et sociales qui contribuent au développement d'une situation à risque ou d'une dépendance.

Elle permettra d'acquérir des outils pour repérer les situations difficiles et pouvoir en parler avec la personne. Deux demi-journées seront consacrées à l'analyse de pratique pour permettre aux participants de tester la mise en application des acquis.

 **17 février 2012**
2, 23 & 30 mars 2012
4 & 25 mai 2012

 OBJECTIFS:

Repérer une situation problématique
Créer les conditions pour en parler
Pouvoir orienter la personne
Analyser sa pratique professionnelle

OUTILS ET TECHNIQUES D'ANIMATION DE GROUPE

Vous animez un groupe ou vous désirez constituer un nouveau groupe d'usagers dans votre institution (résidentielle ou ambulatoire). Ces deux jours seront l'occasion d'exercer des techniques d'animation et permettront d'enrichir votre «boîte à outils» de techniques créatives, adaptées à votre public.

 **20 & 21 février 2012**

 OBJECTIFS:

Découvrir et tester des moyens d'animation de groupe.

SÉMINAIRE EN ALCOOLOGIE

Cette formation de base en alcoologie porte sur les différentes formes de consommation problématique d'alcool en partant de données historiques, culturelles, sociales et physiologiques.

Un accent particulier sera mis sur la consommation excessive et ses conséquences. Des thématiques plus spécifiques comme la consommation des jeunes, la polyconsommation et la manière de parler des problèmes d'alcool seront aussi traitées.

 **7, 8 & 9 mars 2012**

 OBJECTIFS:

Acquérir de nouveaux savoirs de référence en alcoologie
Développer de nouvelles compétences dans l'accompagnement social et thérapeutique

IN MEDIAS: OUTIL DE PRÉVENTION DES MÉDIAS ÉLECTRONIQUES

Les ateliers de dialogue philosophique In medias donnent la parole aux jeunes. Ils valorisent leurs compétences sociales et réflexives et les invitent à s'exprimer sur les questions liées aux médias électroniques. Ils encouragent le développement de leur esprit critique, leur apprennent à questionner leurs pratiques et à se positionner.

Ils s'adressent à tout professionnel en relation avec les jeunes et désireux d'aborder ce sujet avec eux.

 **26 & 27 avril 2012**
8 juin 2012

 OBJECTIFS:

Connaître les principes et les objectifs du programme de prévention In medias
Animer un atelier de discussion critique
Recevoir et exercer les outils pédagogiques nécessaires à cette animation

ADDICTIONS ET PARENTALITÉ: ACCOMPAGNER LES PARENTS DÉPENDANTS ET LEURS ENFANTS

Devenu parent, dans quelle mesure la dépendance d'un individu l'affecte dans sa parentalité ? Quel est l'impact pour le développement de l'enfant de vivre avec un parent dépendant ?

Ces deux jours de formation visent à renforcer les compétences des professionnels pour valoriser et consolider les rôles parentaux chez les personnes dépendantes tout en veillant à la protection de l'enfant.

 **22 & 23 mai 2012**

 OBJECTIFS:

Explorer l'ambivalence autour du désir d'enfant
Pratiquer le génogramme
Identifier les dysfonctionnements de la parentalité et pouvoir réagir

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Info Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement Romand d'Etudes des Addictions GREA
Pêcheurs 8, CP 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Christel Richoz
psychologue A.C.T, Montreux
Michel Graf
directeur Addiction Info Suisse, Lausanne
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Viviane Prats
enseignante EESP, Lausanne
Catherine Ritter,
médecin, Genève

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Info Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addiction-info.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Frs 45.- par an
Etranger: Frs. 57.- / 45 euros par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

Photos

Interfoto

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans l'article intitulé «Politique de prévention du tabagisme en Suisse: entre succès et défis» au sein de notre dernier numéro (Dépendances n°44, page 7). Il fallait lire:

- **Développement d'une stratégie et de plans multisectoriels de lutte anti-tabac (art. 5.3):**

Chaque Partie à la Convention-cadre doit s'engager à veiller à ce que sa politique de santé publique en matière de lutte anti-tabac ne soit pas influencée par les intérêts de l'industrie du tabac, puisqu'un conflit fondamental oppose les intérêts de la santé publique et ceux des multinationales

